



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİ'NE GÖRE UYGULANAN HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARININ MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Aslıhan ÖZTÜRK EYİMAYA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL**

**ANKARA
2019**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİ'NE GÖRE UYGULANAN
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARININ
MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Aslıhan ÖZTÜRK EYİMAYA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL**

**ANKARA
2019**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

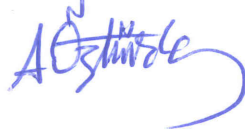
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Meleis’in Geçiş Teorisi’ne Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Aslıhan ÖZTÜRK EYİMAYA

Tarih: 20.06.2019

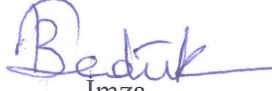
İmza:



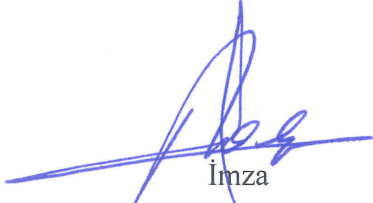
KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalında
Aslıhan ÖZTÜRK EYİMAYA tarafından hazırlanan
“Meleis’in Geçiş Teorisi’ne Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza
Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından DOKTORA TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

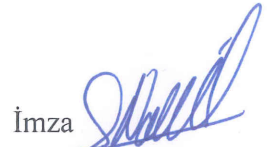
Tez Savunma Tarihi: 20.06.2019


İmza

Prof. Dr. Tülin BEDÜK
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı


İmza

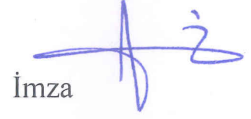
Prof. Dr. Ayfer TEZEL
Ankara Üniversitesi
Danışman


İmza

Prof. Dr. Naile BİLGİLİ
Gazi Üniversitesi
Üye


İmza

Doç. Dr. Yeter KİTİŞ
Gazi Üniversitesi
Üye


İmza

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Menopoz ve Menopozal Dönem	5
1.3. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler	8
1.4. Menopozal Dönemdeki Kadınların Gereksinimleri	15
1.5. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi	16
1.6. Geçiş Kavramı ve Hemşirelik	18
1.7. Meleis'in Geçiş Teorisi	26
2. GEREÇ ve YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Şekli	51
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	51
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	52
2.4. Veri Toplama Araçları	56
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	58
2.6. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci	59
2.7. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Eğitim Kitapçığı	63
2.8. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımları	63
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	69
2.10. Araştırmanın Etik Yönü	69
3. BULGULAR	
3.1. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanları	73
3.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Vazomotor Alt Boyut Puanları	76
3.3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikososyal Alt Boyut Puanları	79
3.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Alt Boyut Puanları	82
3.5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Cinsel Alt Boyut Puanları	85
4. TARTIŞMA	
4.1 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi	89
4.2. Menopozal Dönemde Vazomotor Değişiklikler	93
4.3. Menopozal Dönemde Psikososyal Değişiklikleri	94
4.4. Menopozal Dönemde Fiziksel Değişiklikler	97
4.5. Menopozal Dönemde Cinsel Değişiklikler	98
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	101

ÖZET	104
SUMMARY	105
KAYNAKLAR	106
EKLER	
Ek-1. Kişisel Bilgi Formu	119
Ek-2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	121
Ek-3. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi Eğitim Kitapçığı	123
Ek-4. Kurum İzni	151
Ek-5. Etik Kurul İzni	152
Ek-6. Aydınlatılmış Onam Formu	153
ÖZGEÇMİŞ	155



ÖNSÖZ

Menopozal dönemde başarılı bir geçişin sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için teoriler rehberliğinde hemşirelik yaklaşımları uygulanmalıdır. Bu çalışma Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopozla özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada yaşamın çeşitli geçişlerden oluştuğu vurgulanmış, Meleis'in Geçiş Teorisi'nin menopozal dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesinin artırılmasında yararlı olduğu belirlenmiştir.

Doktora eğitimim boyunca sabrını, emeğini, desteğini esirgemeyen tezimin her aşamasında bana rehberlik eden, kendisini hem akademik anlamda hem de kişisel anlamda her zaman örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Ayfer TEZEL'e, doktora tez izlem sürecimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren Doç. Dr. Yeter KİTİŞ ve Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR'e, araştırma verilerinin istatistiksel analizlerinde destek olan Prof. Dr. Bülent ÇELİK'e,

Eğitim hayatım boyunca her türlü desteği sağlayan, bana olan inançlarını bir an olsun yitirmeyen, sevgilerini benden esirgemeyen babam Hasan ÖZTÜRK'e, annem Yeter ÖZTÜRK'e, aileme ve hayatımıza neşe katan minik Hayat'ımıza, desteğiyle ve sevgisiyle her zaman yanımda olan eşim Süleyman Emre EYİMAYA'ya,

Sonsuz teşekkür, saygı ve sevgilerimi sunarım.

SİMGELER ve KISALTMALAR

F	F Testi (Varyans Analizi)
N	Örneklem Sayısı
p	Önemlilik Belirleme Katsayısı
$\bar{x}$	Ortalama
χ^2	Kikare
t	t Test İstatistiği
T^a	Bağımlı Gruplar T-Testi
T^b	Bağımsız Gruplar T-Testi
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)
MÖYKÖ	Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SD	Serbestlik Derecesi
SS	Standart Sapma

ŞEKİLER

Şekil 1.1. Menopozal Dönem	6
Şekil 1.2. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavram Özeti	27
Şekil 2.1. CONSORT 2010 Akış Diyagramı	61
Şekil 2.2. Araştırma Planı	62
Şekil 2.3. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Kavramsal, Teorik ve Girişimsel Çerçevesi.	64
Şekil 2.4. Çalışma Takvimi.	71
Şekil 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Değişimi.	73
Şekil 3.2. MÖYKÖ Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.	74
Şekil 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Vazomotor Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi.	76
Şekil 3.4. Vazomotor Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.	77
Şekil 3.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Psikososyal Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi.	79
Şekil 3.6. Psikososyal Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.	80
Şekil 3.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Fiziksel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi.	82

Şekil 3.8. Fiziksel Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi. 83

Şekil 3.9. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Cinsel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi. 85

Şekil 3.10. Cinsel Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi. 86



ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.	55
Çizelge 2.2. Kadınların Bazı Menopozal Dönem Özelliklerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.	55
Çizelge 2.3. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınlar için Geçiş Sürecinin Özelliklerini Destekleyen Hemşirelik Yaklaşımları.	65
Çizelge 2.4. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınlar için Geçiş Durumlarını Destekleyen Hemşirelik Yaklaşımları.	66
Çizelge 2.5. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınların Yanıt Şekillerini Destekleyen Hemşirelik Yaklaşımları.	67
Çizelge 2.6. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınların Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı	68
Çizelge 3.1. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerinin Ön Test Son Test Puan Ortalamaları.	72
Çizelge 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test MÖYKÖ Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.	74
Çizelge 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının MÖYKÖ Puanları.	75
Çizelge 3.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Vazomotor Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.	77
Çizelge 3.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Vazomotor Alt Boyut Puanları.	78

Çizelge 3.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Psikososyal Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.	80
Çizelge 3.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Psikososyal Alt Boyut Puanları.	81
Çizelge 3.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Fiziksel Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.	83
Çizelge 3.9. Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Alt Boyut Puanları.	84
Çizelge 3.10. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Cinsel Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.	86
Çizelge 3.11. Deney ve Kontrol Gruplarının Cinsel Alt Boyut Puanları.	87

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kadınların cinsel olgunluk döneminden sonraki yaşam dönemine menopozal dönem (klimakteryum dönem) adı verilmektedir (Hotun Şahin, 2015). Menopozal dönem, kadınların üreme çağından üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği dönemdir. Bu geçişte en belirgin olay menstruasyonun kesilmesi yani menopozdur (Taşkın, 2016). Bu dönemde ortaya çıkan östrojen eksikliği kadının yaşam kalitesini düşürmekte biyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal değişimler yaşanmaktadır. (Görler ve Çakıroğlu, 2007). Bu değişimler sonucu ortaya çıkan sıcak basmaları, terleme, huzursuzluk, depresyon, cinsellikten kaçınma, uyku sorunları gibi yakınmalar menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Taşkın, 2016). Ayrıca bu dönemde kadınların yaşlanma ile ilgili endişeleri, beden imajındaki değişimler ve yaşanan sağlık sorunları da yaşam kalitesini düşürmektedir (Bener ve Falah, 2014). Kadınlar yaşamlarının büyük bir kısmını menopozal dönemde geçirir. Özellikle gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle postmenopozal dönemdeki kadınların sayısının artması ve kadınların toplumsal yaşamda daha fazla yer alması yaşam kalitesi beklentilerinde artışa neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır. Ülkemizde, 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi ülkemiz geneli için 78 yıl, kadınlarda 80,7 yıldır. Ülkemizde 2018 yılında 40 milyon 808 bin 147 kadın nüfusu bulunmaktadır. Bu nüfusun 4.963.990'nı (%12,16) 45-54 yaş arası kadınlar

oluşturmaktadır. Doğuştan beklenen yaşam süresi uzadıkça menopozal ve menopoz sonrası dönemde yaşayan kadın nüfusu da artmaktadır. Tüm dünyada menopoz sonrası dönemde olan kadın sayısının 2025 yılına gelindiğinde 1.1 milyar olacağı tahmin edilmektedir (Shifren ve Gass, 2014).

Geçiş bir yaşam evresinden, durumundan ya da statüsünden diğerine geçmek anlamına gelir (Meleis, 2010). Geçiş uzun dönemli bir süreçtir, yeni rol ve duruma adaptasyon gerektirir (Schumacher ve Meleis, 1994). Yeni role geçiş, ilişkilerde, beklentilerde ve yeteneklerde değişim anlamına gelmektedir. Rol geçişleri bireyin yeni bilgiler edinmesini, davranışlarını değiştirmesini ve kendini yeniden tanımlamasını gerektirir (Meleis ve ark., 2000). Menopozal geçiş, yaşlanmaya, orta yaşa ve rol değişikliklerine bağlı, sosyo-kültürel olarak yönlendirilen anlamlarla çevrili, gelişimsel normal bir deneyimdir. Menopozdan beklenenler veya tecrübeler, geçişin algılanması ve kişinin hayatındaki olası etkisinin değerlendirilmesi, kadınların menopozal geçişe bağlayabileceği anlamları tanımlar. Farklı anlamlar kadınların tepkilerini ve davranışlarını şekillendirebilir. Tarihsel olarak menopoz deneyimi mitlerle ve geleneksel davranışlarla yüklüdür. Menopozdaki kadınlar ezilmiş, ihmal edilmiş ve görmezden gelinmiştir. Menopoz, bazı kadınların sağlık bakım ihtiyaçlarının göz ardı edildiği, gizlilik ve sessizlikle örtüldüğü bir tabu olarak kabul edilmiştir (Meleis, 2000). Menopozal dönemdeki kadınlar için yaşam kalitesi, hemşirelerin bu dönemdeki kadınların deneyimlerini ve bu deneyimlerden edindikleri kazanımları anlayabildikleri ölçüde artmaktadır.

Menopozal dönemde başarılı bir geçişin sağlanması için teoriler rehberliğinde hemşirelik yaklaşımlarının planlanması ve uygulanması, daha etkili sağlık çıktılarına

ulaşmada 6nemlidir. Teoriler, bilgi ve uygulamaları sistematize etmeyi sağlar (Bekmezci ve ark., 2016). Meleis 1960'lı yıllarda hemşirenin g6revinin bireyleri; sağlık/hastalık, gelişimsel, durumsal ve kurumsal geçişlere hazırlamak olduğunu fark etmiştir. Meleis'in isimlendirdiği Geçiş Teorisi'nde, hemşirenin en 6nemli g6revinin, hayatı boyunca çeşitli geçişler yaşayan bireylere yardım etmek, sağlıklı geçişleri sağlamak ve sağlıksız geçişleri en aza indirmek olduğu vurgulanmıştır (Meleis, 2010).

Geçiş kavramı bireyin fiziksel ve psikolojik iyiliği 6zerine etkili olduğu için doğrudan hemşirelik mesleğinin çalışma alanına girmektedir. Hemşireler bireylere, ailelere ve toplumlara geçiş s6recinde geçişe olumlu yanıt verilmesini sağlayarak, semptomları iyileştirerek, sağlığı geliştirerek ve 6z bakım aktivitelerini destekleyerek geçiş ile baş etmeleri konusunda yardım etmektedirler (Im ve Meleis, 1999). Yaşanan geçiş s6recini anlamak, bireyin ihtiyaçlarını ve karşılaşabileceği riskleri belirlemek ve iyilik halini y6kseltmeye y6nelik etkili girişimler planlamak hemşirelik uygulamaları içinde yer almaktadır (Meleis, 2010). Menopozal d6nemde hemşireler kadının yaşam kalitesini arttırmak amacıyla hemşirelik yaklaşımları planlamalıdır (Kharbouch ve şahin, 2007). Hemşirelerin menopozal d6nem geçişi yaşayan kadınların yaşam kalitesini arttırmaya ilişkin yaklaşımlarda bulunmaları, kadınlara menopozal d6nemdeki şikâyetleri ile baş edebilmeleri konusunda destek sağlayacak, b6ylece hemşireler menopozal geçiş yaşayan kadınların geçiş s6recini kolaylıkla tamamlamalarını bu s6rete evre ile uyum sağlamalarını kolaylaştıracaktır (Ertem, 2010; Meleis, 2010).

Menopozal yakınmalar ve yaşam kalitesi algısı bireysel farklılıklardan etkilenmektedir. Menopozal yakınmalar için multidisipliner sağlık bakımı gereklidir. Menopoz doğal ve fizyolojik bir süreçtir. Bu dönemde ortaya çıkabilecek risklere karşı sağlık eğitiminin, gözlem, destek, bakım ve tedavinin önemi büyüktür (Kharbouch ve Şahin, 2007). Menopozal dönemde yaşam kalitesini arttırmak için hemşirelik girişimleri oldukça önemlidir. Hemşireler menopozal dönemde kadınların yaşadıkları temel fizyolojik ve psikolojik değişimleri anlayarak, eğitim, rehberlik ve danışmanlık yaklaşımlarında bulunabilir.

Araştırmanın Önemi

Literatürde Türkiye kaynaklı Meleis'in Geçiş Teorisine temellenerek yapılan yalnız bir araştırmaya rastlanmıştır (Körükçü ve Kukulu, 2015). Uluslararası literatürde menopozal dönemdeki kadınların menopozal yaşam kalitesini arttırmaya yönelik Meleis'in Geçiş Teorisi'ne temellenen ve girişimsel olarak yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu tez çalışması ile yaşam döngüsünün çeşitli geçişlerden oluştuğu vurgulanmış, Meleis'in Geçiş Teorisi'nin menopozal geçiş yaşayan bireylerin yaşam kalitesini arttırmada kullanılabilir olup olmadığı test edilmiştir. Bu çalışma Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopozal yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği hemşirelik alanında yapılan ilk bilimsel çalışmadır.

Bu tez çalışması Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

H0: Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları menopoza özgü yaşam kalitesini etkilemez.

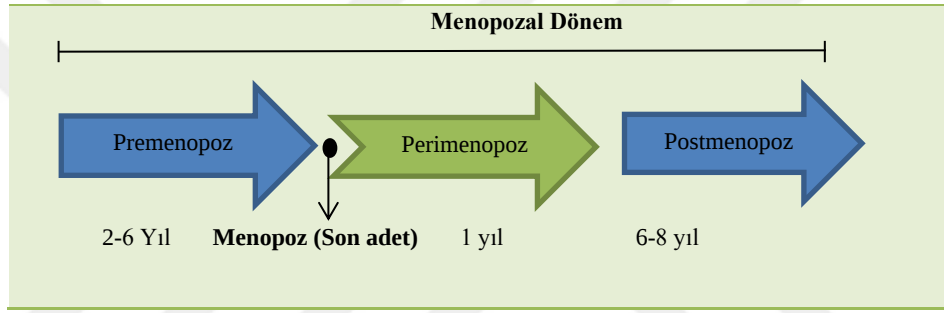
H1: Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları menopoza özgü yaşam kalitesini artırır.

1.2. Menopoz ve Menopozal Dönem

Menopozal dönemin en dikkat çeken değişikliği adetten kesilmedir. Menopoz tanısının konulabilmesi için son adeti 12 aylık amenorenin izlemesi gerekir (World Health Organization, 1996; Hotun Şahin, 2015). Menopozal dönem 40-45 yaşlarında başlar, yaşlılık döneminin başlangıcı olan 65 yaşa kadar devam eder (Taşkın, 2016). Birçok kadın menopozu kırklı yaşların sonları ellili yaşların başında yaşar. Ortalama menopoz yaşı orta çağlardan beri aynı kalmıştır. Ortalama menopoz yaşı 51'dir (ACOG, 2019). Kadınların 40 yaşından önce adetten kesilmesine erken menopoz denir. Menopoz yaşını etkileyen kesin ve en önemli faktör genetikdir (Hotun Şahin, 2015; Perry ve Lowdermilk, 2004; Taşkın, 2016). Overlerin cerrahi olarak çıkarılmasıyla ortaya çıkan menopoza cerrahi menopoz denir. Histerektomi ile

birlikte bilateral ooferektomi yapılmazsa overler aktivitelerini sürdürdüğü için kadının cerrahi menopoza girdiği söylenemez (Hotun Şahin, 2015).

Menopozal dönem; menopozdan önceki 2-6 yıllık süreyi kapsayan premenopozal dönemden, son adetten sonra geçen 12 aylık süreyi kapsayan perimenopozal dönemden ve perimenopozal dönemden sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsayan postmenopozal dönemden oluşmaktadır (Şekil 1.1.).



Şekil 1.1. Menopozal Dönem

Premenopoz

Menopozdan önceki 2-6 yıllık süreye premenopozal dönem denir. Menopozal dönemin ilk fazıdır. Bu fazda düzensiz sikluslar birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir. Vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi bazı yakınmalar ortaya çıkmaya başlamıştır (Erdem Çetin ve Eroğlu, 2015; Höbek Akarsu ve Kuş, 2017; Taşkın, 2016).

Menopoz

Menstrasyonun kesilmesi anlamına gelir. Menopoz tanısı için, bir yıl süre ile amenorenin olması gerekir. Menopozal dönemde ovarial foliküllerde azalma ile beraber östrojen üretimi de düşer, ovarial foliküllerin tamamen tükenmesi ile östrojen salgılanması durur ve overlerde atrofi görülür. Sonuçta üreme siklusu ortadan kalkar ve menopoz meydana gelir (World Health Organization, 1996; Taşkın, 2016). Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından over foliküllerinin fonksiyon kaybından kaynaklanan menstrasyonun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanan normal bir fizyolojik olaydır (World Health Organization, 1996).

Perimenopoz

Son adetten sonra geçen 12 aylık süreye perimenopozal dönem denir (Hotun Şahin, 2015). Perimenopozal geçişin başlangıç yaşı ortalaması 46 olup ve kadınların %95'inde bu dönem 39 ve 51 yaşları arasında başlar (Perry ve Lowdermilk, 2004).

Postmenopoz

Perimenopozdan sonraki 6-8 yıllık süreye postmenopozal dönem denir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş, fertilité ortadan kalkmıştır (Perry ve Lowdermilk, 2004; Hotun Şahin, 2015).

1.3. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler

Menopozal dönemde görülen değişiklikler, toplumlara ve bireylere göre farklılık gösterir. Kültürel faktörler, sosyo-ekonomik durum, rol algısı, yaş, kronik sağlık sorunlarının varlığı, eş ve aile desteği, yaşam felsefesi kadınların menopozal dönemdeki yakınmalarını etkiler (Hotun Şahin, 2015; Irmak Vural ve Balcı Yaygın, 2016). Genital yapıların atrofiye uğraması, cilt değişiklikleri, meme büyüklüğündeki değişiklikler ve menopozla ilişkili diğer değişikliklerin çoğu yaşlanma ile doğrudan ilişkilidir (Perry ve Lowdermilk, 2004). Menopozal dönemde östrojenin çekilmesine bağlı olarak hedef organ veya sistemde değişiklikler meydana gelir. Vulva ve vajinada akıntı, pruritis, dispareni, atrofi; overlerde foliküler atrezi; pelvik tabanda prolapsus; cilt ve mukoz membranda kuruma, kaşıntı, kolay travmatize olma, pigment bozuklukları, tüylenme; üriner sistemde pollakiuri, dizüri, stres inkontinans; kalp damar sisteminde koroner kalp hastalıkları, angina, ateroskleroz; vazomotor sistemde terleme, ateş basması, yüzde kızarma; memelerde küçülme, sarkma, kıvam değişikliği, kas-iskelet sisteminde osteoporoz, fibrosit, miyosit ağrıları ve sindirim sisteminde distansiyon, iştah değişikliği, safra taşı meydana gelebilir (Hotun Şahin, 2015).

Vazomotor Değişiklikler

Menopozal dönemde ortaya çıkan vazomotor değişiklikler sıcak basmaları, gece terlemeleri ve uykusuzluk olarak sıralanabilir. Menopozal dönem boyunca bazı kadınlar şiddetli vazomotor semptomlar yaşarken, bazıları bu dönemi oldukça rahat

bir şekilde geçirmektedir. Sıcak basması, dalgalanan östrojen düzeylerinin bir sonucudur ve menopozal dönemin en sık görülen semptomu olup, doğal menopozda olan kadınların yaklaşık %75'inde ve cerrahi menopozlu kadınların yaklaşık %90'ında görülür. Vazomotor değişikliklerin sıklığı ve şiddeti zamanla azalır. Ancak menopoz öncesi veya menopozdan sonra 10 ile 20 yıl arasında değişen sürede sıcak basması görülen kadınlar da vardır (Perry ve Lowdermilk, 2004; Taşkın, 2016).

Sıcak basması başın arkasından aniden başlayan, enseye, boyuna ve göğse doğru yayılan ve aniden biten, gün içinde çok çeşitli sıklıkta olabilen artmış vücut sıcaklığı hissidir. Genellikle birkaç saniye sürse de bazen dakikalar sürebilir ve çoğunlukla geceleri olur. Sıcak basmasına sıklıkla terleme eşlik eder. Sonrasında vücut sıcaklığının düşmesine bağlı bir üşüme periyodu başlar. Sıcak basmaları gün boyunca meydana gelebilir, aylarca, yıllarca sürebilir. Bazı kadınlar için, sıcak basmaları seyrek aralıklarla, hoş bir sıcaklık hissi olabilir. Bazıları için, günde 20 ile 50 kez meydana gelip, yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir. Kalabalık veya sıcak odalar, alkol, sıcak içecekler, baharatlı yiyecekler, ısı kaynağına yakınlık ve stres dâhil olmak üzere birçok faktör sıcak basmasının şiddetini arttırabilir (Perry ve Lowdermilk, 2004).

Gece terlemeleri, birçok kadının yaşadığı başka bir vazomotor durumdur. Gece uyku kesintiye uğrayabilir, çünkü gecelikler ve yatak çarşafları ıslanabilir. Kadınlar uykuya geri dönemez. Menopozal dönemde oluşan hormonal değişikliklerin sıcak basmalarını ve gece terlemelerini tetiklemesi sonucunda uyku düzeninde, kalitesinde ve miktarında değişiklikler meydana gelir (Erdem Çetin ve Eroğlu, 2015; Gözüyeşil ve Başer, 2016; Lowdermilk, 2004; Perry ve Taşkın, 2016).

Psikososyal Değişiklikler

Menopozal dönem, kadınların yaşamında önemli ruhsal ve sosyal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Ruhsal durumdaki dalgalanmalar, sinirlilik, anksiyete ve depresyon menopozal dönemdeki kadınlarda sık görülür. Bu dönemde kadının ruhsal durumu iniş ve çıkışlar gösterir. Bazı kadınlarda ciddi depresyon görülebilir (Ertekin ve ark., 2015; Özer ve Gözükara, 2016; Taşkın, 2016).

Menopozal dönemdeki kadınların psikolojik belirtilerinin östrojen eksikliğinden kaynaklandığına inanılmaktadır. Bu yaygın inanın aksine, menopozun orta yaş kadınlarının ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğine dair somut bir kanıt yoktur (Perry ve Lowdermilk, 2004). Menopozal dönemde yaşanan sıcak basmaları, gece terlemeleri kadınlarda uykusuzluk, depresif duygu duruma neden olabilir. Kadınlar daha fazla duygusal değişiklik yaşadıkları için, sinirlilik, tedirginlik ve duygularını kontrol etmekte zorlanmaktan yakınıyor olabilir. Ayrıca bu dönemde, psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkileşimi o kadar karmaşıktır ki, kadınların bildirdiği duygu durum değişikliğinin hormonal değişimlerden mi, normal yaşlanmanın veya kültürel mücadelenin mi sonucu olduğunu belirlemek oldukça zordur (Perry ve Lowdermilk, 2004). Bu dönemde kadınların psikolojik karakteri, kültürel deneyimleri, değişen yaşam rolleri ve koşulları önemlidir. Adolesan çocuklarla ilgilenmek, çocukların evden ayrılması, yaşlanan anne babalara bakım, dul ya da boşanmış olmak, eş, akraba veya arkadaşta önemli bir hastalığın veya sakatlığın olması, hasta veya ölmekte olan arkadaş için yas tutmak, emeklilik ve ekonomik zorluklar, kırklı ve ellili yaş kadınlarda görülen stres nedenleri arasında yer alır (Ertekin ve ark., 2015; Perry ve Lowdermilk, 2004). Menopozal dönemde

ortaya çıkan psikolojik değişikliklerle başa çıkmak için, kadının olayı algılaması veya kavraması, destek sistemi ve baş etme mekanizmaları önemlidir (Perry ve Lowdermilk, 2004).

Toplumsal inançlar, beklentiler ve sosyokültürel bakış açıları kadınların menopoza yönelik tutumlarını belirlemektedir. Menopozal dönemde kadınların deneyimleri evrensel değildir, toplumsal inançlara, beklentilere ve sosyokültürel yapıya bağlı olarak değişmektedir. Birçok kadın çocuk doğurma ve çocuk yetiştirmenin hayatlarında önemli rol oynadığını ve çocuk sahibi olamamanın önemli bir kayıp olduğunu belirtmiştir. Bazı kadınlar, yaşlılığa ilk adım olarak menopozu görmekte, menopoza girmeyi çekicilik, fiziksel yetenek ve enerji kaybıyla ilişkilendirmektedir. Batı kültürü gençliğe ve fiziksel çekiciliğe değer verir. Batıda yaşlılarda statü, fonksiyon ve rol kaybı vardır. Hindistan, Uzak Doğu ve Güney Pasifik Adaları gibi kültürlerde ise postmenopozal kadınlar statü kazanmakta ve bu bölgelerde menopoz dönemindeki kadınlarda depresyon daha az görülmektedir. Bazı kadınlarda, menopoz kayıp olarak görülmez, hatta bir rahatlamadır. Hamile kalma korkusundan, ağrılı adet dönemlerinden ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımının zorluk ve sakıncalarından kurtulmak anlamına gelir. Her ne kadar tüm kadınlar menopozal dönemde benzer hormonal değişimlere sahip olsalar da, her bir kadının deneyimi yaşından, kültüründen, sağlığından, menopozun türünden, doğurganlık arzularından etkilenir. Menopozal dönemde gelenek, görenek, etnik yapı, toplumun kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam ve benzeri özellikler yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Türk toplumunda kadınların aile içindeki konumu ve eşlerin bu döneme

bakışı menopozal dönemde ortaya çıkan problemlerle başa çıkmada büyük önem taşımaktadır. Menopozal dönem, menopozal yakınmalar ve beraberinde getirdiği değişiklikler nedeni ile yalnızca kadını değil aile ve toplumu da etkileyen bir süreçtir (Irmak Vural ve Balcı Yaygın, 2016; Taşkın, 2016).

Fiziksel Değişiklikler

Ürogenital Değişiklikler

Menopozal dönemde yaşa bağlı ürogenital değişikliklerle birlikte östrojen azalmasına bağlı değişiklikler de ortaya çıkar. Vajina ve üretra östrojene duyarlı dokudur ve düşük östrojen seviyesi her ikisinin de gerilemesine neden olur (Karakoç ve ark., 2017; Perry ve Lowdermilk, 2004). Menopozda vajinal duvar incilir ve daha az nem tutar. Bu durum vajinal kuruluğa neden olur. Menopozda östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak vajina dokusu küçüldüğü, vajina duvarı ince ve kuru hale geldiği için cinsel uyarı sırasında ıslanma daha geç ortaya çıkar. Bu durum ağrılı cinsel ilişkiye neden olur. Ağrılı cinsel ilişki kanama ile sonuçlanabilir. Yaşanan bu sıkıntılar nedeniyle bazı kadınlar cinsel ilişkiden tamamen vazgeçme kararı alabilir. Cinsel olarak aktif olan kadınlar daha az vajinal atrofi ve cinsel ilişki ile ilgili daha az problem yaşar. Zayıf kadınlarda, yağ dokusunun az olması ve dolayısıyla azalmış östrojen seviyelerine ilişkin vajinal kuruluk gibi daha fazla semptom görülme olasılığı yüksektir. Tüm bu durumlara ek olarak, vajinal pH yükselir ve bakteriler çoğalma eğilimi gösterir. Bu faktörlerin kombinasyonu vajinite yol açabilir (Perry ve Lowdermilk, 2004; Thomas ve ark., 2016).

Bazı kadınlarda yaşlanmayla birlikte uterus, vulva ve üretranın distal kısmının küçülmesi, idrar sıklığı, dizüri, uterus prolapsusu ve stres inkontinans dahil olmak üzere rahatsız edici semptomlara neden olur. Sistosel, rektosel ve uterus prolapsusu azalmış östrojen seviyelerine bağlı değildir. Ancak çocuk sahibi olma veya pelvik destek yapılarının zayıflığından kaynaklanır. Sık idrara çıkma bazen menopoza sonra ortaya çıkar, çünkü üreme organları ile aynı embriyolojik kökene sahip olan üretranın distal kısmı kısalır ve küçülür (Karakoç ve ark., 2017; Perry ve Lowdermilk, 2004; Taşkın, 2016).

Osteoporoz

Osteoporoz kemikte kütle kaybı anlamına gelir. Osteoporoz kalsiyum kaybının artması sonucunda kemiklerin kolayca kırılabilir hale gelmesidir. Menopozal dönem kadınlarda osteoporoz sık görülür. Bu durumun en büyük nedeni, ovarial fonksiyonların gerilemesine bağlı olarak östrojenin düşmesidir. Menopozal dönemde, östrojen hormonu seviyesinin düşmesine bağlı olarak kemik kütlesi kaybı hızlıdır (Cengiz ve Yürüyen, 2015; Taşkın, 2016).

Deri değişiklikleri ve estetik

Östrojen eksikliğinin etkilediği en önemli bölgelerden biri de cilttir. Menopozla beraber deri incelir, deri altı yağ dokusu gerilemeye uğrar, deride lekelenmeler artar ve elastikiyetini kaybeder. Fizyolojik fonksiyon bozukluğu ve hastalık olmamasına rağmen ciltte kuruluk, sarkma, kırışıklık, memelerde sarkma gibi değişiklikler, gençliğin ve kadınsı cazibenin kaybı olarak değerlendirilir. Bu

durum kadınlarda özgüvenin ve özsaygının zedelenmesine yol açabilir (Taşkın, 2016).

Cinsel Yaşam Değişiklikleri

Menopozal dönemde kadının cinsel yaşamını, yaşa ve menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler, uyumlu bir partnerin varlığı, kronik sağlık sorunları, fiziksel sınırlılıklar, davranış kalıpları ve sosyal değerleri belirler (Hotun Şahin, 2015).

Cinsellik, hangi yaşta olursa olsun yaşamın önemli bir parçasıdır. Menopozal dönemde ortaya çıkan hormonal değişimlerle birlikte, yaşam tarzı, cinselliğe ilişkin deneyimler, kültürel faktörler, dini inanışlar, eş ile olan iletişim ve çevresel faktörler menopozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamını etkilemektedir. Menopoz sonrası dönemde cinsel yaşamın nasıl devam edeceği kadının bu dönemi nasıl algıladığı ile yakından ilişkilidir. Kadın bu dönemi normal kabul eder ve yaşam tarzını durumuna uygun şekilde planlarsa cinsel yaşamını olabildiğince sağlıklı olarak sürdürebilir. Ancak menopozu her şeyin sonu olarak görmek cinsel yaşamı olumsuz etkiler (Karakoç ve ark., 2017; Thomas ve ark., 2016).

Östrojen azalmasına bağlı damar yapıları etkilenir, vajinal kan dolaşımı bozulur ve cinsel hazın oluşmasında güçlükler ortaya çıkar. Kadınlarda uyarılmada gecikmeler, cinsel istek kaybı, ağrılı cinsel ilişki, cinsel ilişki sıklığında azalma görülür. Östrojen üretimindeki azalma vajinal kuruluğa yol açarak cinsel fonksiyonu doğrudan etkilerken, ateş basması ve gece terlemeleri gibi vazomotor değişiklikler

kadınlarda enerji kaybına, dolayısıyla libidoda azalmaya neden olabilir. Düşük östrojen seviyesinin neden olduğu vajinal kaslarda küçülme ve kuruluk uyarılmanın uzun zaman almasına veya zorlaşmasına, cinsel ilişki sırasında ağrı yaşanmasına neden olur. Ağrının tekrar yaşanacağına ilişkin kaygı cinsel ilişkiden kaçınma ile sonuçlanabilir (Karakoç ve ark., 2017; Thomas ve ark., 2016). Kadının beden imajında meydana gelen değişimler de cinsel kimliğinde değişim deneyimlemesine neden olur. Ciltte meydana gelen kırışıklıklar, saçlarda beyazlama ve dökülme kadının beden imajında meydana gelen değişimlerdendir. Menopozal dönemde ortaya çıkan genel sağlık sorunları da cinsel yaşamı olumsuz etkiler. Orta yaştan sonra görülme sıklığı artan kronik hastalıklar da kadının genel ve cinsel sağlığını olumsuz etkiler (Oskay, 2004; Thomas ve ark., 2016).

Aile planlaması yöntemlerinden bariyer yöntemler ileri yaşlardaki çiftler için uygun seçeneklerdir. Özellikle spermisitler, vajinal kuruluk olan kadınlar için kayganlaştırıcı işlevi görür (Hotun Şahin, 2015; Oskay, 2004).

1.4. Menopozal Dönemdeki Kadınların Gereksinimleri

Menopozal dönemde kadınların aşağıdaki gereksinimlerinin karşılanması önemlidir (Hotun Şahin, 2015).

- Uygun beslenme
- Yeterli uyku ve dinlenme
- Uygun fiziksel aktivite
- Düzenli cinsel yaşam

- Gebelikten korunma
- Vazomotor değişikliklerle baş etme
- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürölmesi
- Hormon tedavisi danışmanlığı
- Stresle baş etme
- Sosyal destek

1.5. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi

Kadınlar yaşlandıkça değişen sağlıklarına, çalışma ve evlilik yaşamlarına uyum gerektiren birçok geçiş tecrübesi yaşar. Bu geçişlerden bir tanesi de menopozdur. Yaşam süresinin uzamasıyla, kadınlar yaşamlarının üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirir. Bu dönemde kadının sağlık düzeyinin optimal düzeyde olması amaçlanmaktadır (Hotun Şahin, 2015; Perry ve Lowdermilk, 2004). Bu amaçtan yola çıkarak kadınların bu dönemde yaşam kalitesinin yüksek olması beklenmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde hedefleri, idealleri, umutları, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamlarındaki konumlarını algılamalarıdır. Yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamına yönelik doyumu ve mutluluğu ile ilişkilendirilmektedir (WHOQOL, 1997). Kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını özne olarak algılamasıdır. Yaşam kalitesinde bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne derece memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerinin varlığı veya yokluğunun ne derece onları rahatsız ettiğinin saptanması oldukça önemlidir (Grant ve Dean, 2003). Yaşam kalitesi insan sağlığı için hemşireliğin merkezinde olan temel bir olgudur. Birçok hastalığın tedavisinde temel amaç yaşam kalitesinin

yükseltilmesidir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hastalığın etkisinin ve tedavinin etkinliğinin daha iyi anlaşılmasını sağlar. Yaşam kalitesi birçok nedenden etkilenen geniş bir kavram olduğu için çeşitli alanlarda değerlendirilmelidir. Bu alanlar fiziksel sağlık durumu, psikolojik iyilik hali, bağımsızlık düzeyi, sosyal ve günlük aktivitelerdir (Barwais, 2011; Erkin ve ark., 2014; Uludağ ve ark., 2014; WHOQOL, 1997).

Kadınlar için menopoza dönem oldukça önemlidir. Bu dönemde kadın, yaşam kalitesini etkileyecek birçok sorunla karşılaşabilir (Garnt ve Dean, 2003). Menopoza dönemdeki kadınların yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerini belirlemek bu dönemdeki kadınların menopoza yaşam kalitelerini etkileyen risklerin farkında olmalarını sağlayacaktır. Menopoza dönemde kadınların yaşam kalitesini vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alandaki değişiklikler etkiler. Bu dönemde yaşam kalitesini arttırmak amacıyla kadınların bakım gereksinimleri belirlenmeli, bu gereksinimlere yönelik eğitim, rehberlik, danışmanlık ve bakım hizmeti sunulmalıdır (Kharbouch ve Şahin, 2007; Uludağ ve ark., 2014). Menopoz kadının hayatında çok yönlü değişiklikler meydana getirir. Bütün bu değişiklikler tüm kadınlarda farklı yakınmalara ve algılara yol açar. Bu yakınmalar ile sağlıklı şekilde baş edebilmek için hemşirelik mesleği tartışmasız çok önemli bir yere sahiptir. Hemşirelik mesleği doğası gereği bireyi bütüncül olarak değerlendirmekte ve her yakınmayı çözmeye yönelik farklı hemşirelik girişimlerinde bulunmaktadır.

Hemşirenin menopoza dönemdeki kadının sağlık sorunlarının saptanması, bakımın planlanıp uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarında eğitici, danışman,

uygulayıcı ve destekleyici rol üstlenmesi gereklidir (Hotun Şahin, 2015). Menapozda sağlık bakımının planlanmasında ilk basamak durum saptamasıdır. Sağlık hikayesi, fizik muayenesi ve laboratuvar testleri menopozal dönemdeki kadında patolojik bir durumun ortaya çıkarılması için yapılması gereken temel işlemlerdir. Menstrual siklustaki değişiklikler klimakterik fazın saptanması açısından önemlidir. Kadının orta yaş dönemini nasıl algıladığı, onu etkileyen kültürel özellikleri, cinselliğe ilişkin düşünceleri, menopoza ilişkin bilgisi, fiziksel ve emosyonel değişiklikler değerlendirilir. Bu bilgilerin ışığında sağlık bakımı kadın ile beraber planlanır. Birçok kadın menopoza ilişkin çok az bilgisi olduğu için menopozal dönemde ne gibi değişiklikler olacağı, nasıl önlem alacakları ve bu değişikliklerin normal olup olmadığını bilme ihtiyacı hissederler. Hemşirelik girişimleri her bir kadın için bireysel olarak planlanmalı ve kadınlara menopozal dönemde karşılaşılabilecekleri durumlar için tartışma fırsatı verilmelidir. Menopozda ortaya çıkan rahatsızlıkların normal bir fizyolojik temeli olduğunu ve diğer kadınların benzer rahatsızlıklar yaşadığının bilinmesi önemlidir (Perry ve Lowdermilk, 2004).

1.6. Geçiş Kavramı ve Hemşirelik

Geçiş “bir durumdan, aşamadan, konudan veya bir yerden diğerine geçme: değişim” ve “bir formdan, aşamadan veya stilden diğerine hareket, gelişme veya evrim” olarak tanımlanmaktadır (Merriam-Webster, 2013). Geçiş kavramı, gelişim teorisinden köken alır ve insanların yaşam boyunca bir aşamadan diğerine geçtiği süreci tarif eder (Lenz, 2001). Teorik çalışmalarda geçiş kavramı “bir yaşam evresi,

durumu ya da statüsünden diğerine geçiş, süreç, zaman aralığı ve algı” olarak tanımlanmaktadır (Chick ve Meleis, 1986; Schumacher ve Meleis, 1994).

Geçiş, bireylerin yaşamlarında ya da çevrelerinde değişikliklerle karşılaştıklarında maruz kaldıkları bir süreçtir (Schumacher ve Meleis, 1994). Bu süreçler bireylerin büyük değişiklikler yaşadığı dönemlerdir (Lenz, 2001). Bu nedenle geçiş; beklentilerin, algıların, deneyimlerin, bu deneyimlere atfedilen anlamların, değişimleri ele alma konusundaki bilgi ve becerilerin, değişim sürecinde deneyimlenen duygusal ve fiziksel iyilik düzeylerinin kişisel ve çevresel koşullarla şekillendiği bir insan deneyimidir (Im ve Meleis, 1999; Schumacher ve Meleis, 1994). Bireyler yaşamları boyunca bazı geçiş periyotlarından geçerler, bu geçişlerde bireylerin yaşamlarında değişiklikler meydana gelir. Geçiş periyotları boyunca, büyük değişiklikler yapmak, yeni beceriler geliştirmek veya yeni deneyimlerle başa çıkmayı öğrenmek gerekebilir. Geçişin sonunda, birey hayatta yeni bir aşamadır. Bu aşamada geçiş sona ermiş ve daha az değişim dönemi başlamıştır. Başarılı bir geçiş periyodu, bireylerin gelecekteki yaşamlarında başarıları için temel oluşturacaktır (Lenz, 2001).

Geçiş yeni bir hastalık tanısı alındığında, yakın birinin ölümünde ya da insan gelişiminin olağan süreci olan iki evre arasında olabilir (Lenz, 2001). Geçişler, bir sonlanım ile yeni bir başlangıcın olduğu, karışıklık ve sıkıntılı bir döneminin yaşandığı zaman periyodudur. Birey için benzersiz anlamlar sunan kişisel bir olgudur (Lenz, 2001). Geçiş süreci, stres, anksiyete ve depresyon içeren yıkıcı içsel psikolojik bir süreçtir. Geçişler nadiren kolay atlatılır, en olumlu deneyimler sırasında bile stresli olabilir ve bu nedenle adaptasyon gerektirir (Cusson ve

Viggiano, 2002). Stabil giden bir yaşamda bir durumdan başka bir duruma geçiş stres yaratabilir ve bu duruma uyum gerekir. Geçişe uyum sağlamak, yeni rollerin yanı sıra iyilik hali ile ilişkili davranışlarda ustalaşma gerektirir. Geçişler, birçok değişiklik yaşandığı için kritik öneme sahiptir ve birey sağlığı üzerinde önemli etkileri vardır (Hanna ve ark., 2018). Bireyin sağlığını, ilişkilerini ve çevresini etkileyen geçiş, herhangi bir zamanda meydana gelebilir. Birçok faktör ve kuvvet tarafından şekillenir (Heitz ve ark., 2004; Steiner ve ark., 2008). Geçiş, hem bireylerin yaşamında, sağlığında, ilişkilerinde ve çevresinde meydana gelen değişikliklerle sonuçlanır, hem de bu değişikliklerin sonucunda ortaya çıkar. Karmaşıktır, karşılıklı etkileşimlerin sonucunu ifade eder (Skarsater ve Willman, 2006).

Geçiş, sağlık durumu, rol ilişkileri, beklentiler veya yeteneklerdeki değişikliği de ifade eder. İnsan hayatı, yaşamın başlangıcından sonlanmasına kadar, önemli geçiş deneyimleri yaşama potansiyeline sahiptir (Meleis, 2010). Bu deneyimler boşanma, evlilik, trafik kazası, taşınma ya da emeklilik nedeniyle gerçekleşebilir. Bu süreçlerdeki geçişler yavaş gerçekleşebildiği gibi, beklenmedik veya dramatik şekilde de ortaya çıkabilir. Değişime alışık olanlar ve olmayanlar için bu durumlar olumlu veya olumsuz etkilere neden olabilir. Geçiş deneyimleri, bir nilüferin havadan görünümü ile tasvir edilmiştir. Nilüferin her bir taçyaprağı bir geçişi temsil etmiştir. Nilüfer geleneksel olarak yaşamın ve yaradılışın sembolüdür. Çiçeğin kendisi geçiş yaşayan bireyi, her bir taçyaprak da yaşanacak farklı bir geçişi temsil eder. Çiçeği saran suyun mavi halkası geçişi etkileyen faktörleri temsil eder. Nilüferler ıslak, çamurlu sularda çiçek açar ve gelişir. Benzer şekilde, insanlar zor

durumlarda ve koşullarda gelişmeye eğilimlidir. Nilüferin yüzen hareketlerinden ortaya çıkan "dalgalanma" etkisi geçişin sonuçlarını temsil eder (Lam, 2016).

Geçiş üç aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar giriş, geçiş ve çıkış aşamalarıdır. Giriş aşaması, geçiş ilk beklendiğinde/tahmin edildiğinde başlar. Bu geçiş olayları hastalık, kayıp, hastanede yatış, hamilelik ve emeklilik gibi olaylar olarak sayılabilir. İkinci aşama olan geçiş evresi, geçişin gerçekteştiği evredir. Çıkış aşaması yeni bir duruma veya stabilize bir döneme ulaşıldığında gerçekteşir (Chick ve Meleis, 1986).

Meleis, 1980'lerin ortasında Chick'le tanışmıştır ve birlikte geçiş teorisinin gelişimini başlatmışlardır. Geçişte yaşandığı düşünölen “süreç”, “zaman aralığı” ve “algı” kavramlarını tanımlamışlardır. Süreç, bir hareket ya da gelişme duygusu ya da yeni bir duruma uyarlanma ile ilişkilidir. Zaman aralığı, hem bir başlangıcı hem de bir sonu içerir, eşzamanlı olarak meydana gelmez. Algı, geçiş olaylarının nasıl yaşandığını ve insanların tepkilerini ifade eder. Chick ve Meleis çalışmalarından sonra Schumacher ve Meleis (1994), geçişin bir kavram ya da çerçeve olarak ne kadar yaygın kullanıldığını bulmak için literatür taraması yapmışlardır. Schumacher ve Meleis geçişle ilgili 310 makaleyi taramış ve Chick ve Meleis tarafından başlatılan geçiş çerçevesini geliştirmeye devam etmişlerdir (Im, 2006). Meleis ve ark. (2000), orta düzey geçiş teorisini geliştirmek için Chick ve Meleis'in modelini kullanan beş çalışma belirlemişlerdir. Bu çalışmalardan, geçişlerin karmaşık ve çok boyutlu olduğu sonucuna varmışlar ve geçiş deneyimlerinin bazı temel bileşenlerini tanımlamışlardır (Örneğin; farkındalık, sorumluluk, değişim ve farklılık, zaman aralığı ve kritik noktalar ve olaylar).

Literatürde çeşitli sayıda geçiş teorisi olmasına rağmen, Meleis'in Geçiş Teorisi, hemşirelik disiplinine dayanmakta ve rol desteğinden temel almaktadır. Sadece hemşirelik geçişleri alanında değil, aynı zamanda ebeveynlik ve göç geçişleri gibi geçişlerde de yaygın ve kapsamlı bir şekilde kullanılmış ve kullanılmaktadır. Meleis'in Geçiş Teorisi, insanların yaşamlarında, sağlıklarında, ilişkilerinde ve çevrelerinde yaşadıkları değişimlere odaklanır (Meleis ve ark., 2000). Meleis hemşirelerin, yaşamlarında değişiklik yaşayan bireylere, ailelere ve topluluklara önemli miktarda dikkat ve bakım sağladığından, geçişlerin hemşirelik disiplinin merkezi olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle, teorinin önemli bir noktası, hemşirelerin geçiş geçiren bireyleri hazırlama ve desteklemedeki rolüne odaklanmaktır. Teoride dört ana kavram vardır: (1) geçişin doğası, (2) geçiş durumları, (3) yanıt şekilleri ve (4) hemşirelik bakımıdır (fiziksel, psikolojik, sosyal ve spirütüel) (Meleis ve ark., 2000).

Geçiş, hemşirelikte incelenen ve geliştirilen önemli bir kavramdır (Chick ve Meleis, 1986; Meleis ve ark. 2000; Meleis, 1975; Schumacher ve Meleis, 1994). Schumacher ve Meleis (1994) geçişi hemşirelik mesleğinin merkezi bir kavramı olarak tanımlamaktadır. Geçiş yaşayan bireyin geçiş esnasında kendini yeniden tanımlaması gerekir. Bireyin geçişten önceki ile yeniden tanımlanan sonraki durumu arasında ortaya çıkan değişime uyum sağlaması gerektiği için, geçiş kavramı hemşirelikte karmaşık ve çok boyutludur (Chick ve Meleis, 1986; Meleis ve ark. 2000). Hemşireler zamanlarının çoğunu gelişimsel, durumsal ya da sağlık ve hastalık değişikliklerinin neden olduğu geçişler yaşayan bireylerle ilgilenerek geçirir (Im ve Meleis, 1999). Durumsal, gelişimsel veya sağlığı etkileyen geçişler, hemşire hasta

ilişkisinde sıklıkla karşılaşılan durumlardır. Bu nedenle hemşire geçişi kolaylaştırmak, sonuçları iyileştirmek, geçiş yaşayan bireylere yardımcı olmak ve destek vermek için hazır bulunmalıdır (Lenz, 2001).

Geçiş kişisel özellikler, çevresel faktörler ve hemşirelik bakımından etkilenmektedir. Geçiş etkileyen bu özellikler geçişi zorlaştırabilir veya kolaylaştırabilir. Hemşireler müdahalelerini planlarken geçişle ilgili öncelikleri ve sonuçları dikkate almalıdır (Lenz, 2001). Geçişin anlaşılması, bu dönemde yaşanan stres ve uyumun bilinmesi, geçiş dönemindeki bireylerle çalışan hemşirelere yardımcı olacaktır. Geçişler belirli veya belirsiz, planlı veya plansız ortaya çıkabilir. Aynı anda birkaç geçiş yaşanabilir (Hanna ve ark., 2018).

Bireyler benzer geçişleri deneyimlerken farklı tepkiler gösterebilir. Bu tepkiler, mutluluk gibi olumlu olabilir veya sinirlilik, depresyon, endişe, sıkıntı gibi olumsuz olabilir. Hemşirenin, girişimlerini etkili bir şekilde planlanması ve uygulanması için geçişle ilgili olayların birey tarafından nasıl algılandığını bilmesi gerekir. Geçiş deneyimlerindeki ortaklıkları veya farklılıkları tanımlayabilmek ve bu deneyimlerdeki anlamları incelemek hemşirelik girişimlerini planlayabilmek için gereklidir (Chick ve Meleis, 1986). Geçiş kavramı hemşirelik girişimleri için oldukça önemlidir. Hemşirelik girişimleri bireylere sağlıklı bir geçiş için elverişli koşullar yaratmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Bütün insanlar, evlenmek, ebeveyn olmak, çalışmaya hayatına başlamak, iş değiştirmek, taşınmak veya kayıp yaşamak gibi yaşamları boyunca geçişler yaşar. Hemşireler, bu bireylere bakım vermede her zaman önemli rol oynamıştır (Meleis, 2010).

Geçişler rolleri, ilişkileri ve destek sistemlerindeki değişiklikleri tetikleyebilir ve dengesiz dönemler yaratabilir (Meleis, 2010). Meleis (2010) geçiş deneyiminin bireylere getirebileceği potansiyel risk nedeniyle, geçişlerin hemşirelik disiplini için merkezi öneme sahip olduğunu ileri sürmüştür. Bu riskleri önlemek, refahı artırmak, öz bakımını gerçekleştirmede bireye yardımcı olmak hemşirelerin müdahalelerde bulundukları noktalardır.

Hemşireler geçiş sürecine giren bireylere ve onların ailelerine birincil bakım vericilerdir. Geçişin birey ve ailesinin yaşamlarına getirdiği değişikliklere, taleplere hizmet sunarlar ve girişimlerde bulunurlar. Ayrıca hemşireler bireyleri, savunmasız hale getirebilecek geçişler için hazırlar ve onların sağlık ve hastalık deneyimleriyle ilgili yeni beceriler öğrenme sürecini kolaylaştırırlar. Bireyleri savunmasız hale getirebilecek geçiş örnekleri, bir hastalık tanısı alma, cerrahi girişimler, rehabilitasyon ve iyileşme gibi hastalık deneyimleri; gebelik, doğum, ebeveynlik, ergenlik, menopoz, yaşlanma ve ölüm gibi gelişim ve yaşam geçişleri; göç, emeklilik ve aile bakımı gibi sosyal ve kültürel geçişler olarak sıralanabilir (Meleis, 2000)

Geçiş yeni bir durumla sonuçlanan, yeni bir başlangıca ulaşılan dengesizlik, stres veya karışıklığa neden olan bir dönemdir. Geçiş yaşayan bireylerin yaşadığı geçişleri anlamak hemşirelik bakımında önemlidir (Ludin ve ark. 2013). Ludin ve ark. (2013) geçiş yaşayan insanların savunmasız olduklarını, bakım ve desteğe ihtiyacı olduklarını vurgulamıştır. Geçiş yaşayan bireyler hemşirelerden elde ettikleri bilgi ve destek sayesinde durumlarının daha iyi farkına varıp, durumlarıyla daha iyi başa çıkabilirler ve geçiş sürecini daha sorunsuz bir şekilde yürütebilirler (Flinterud ve Andershed, 2015).

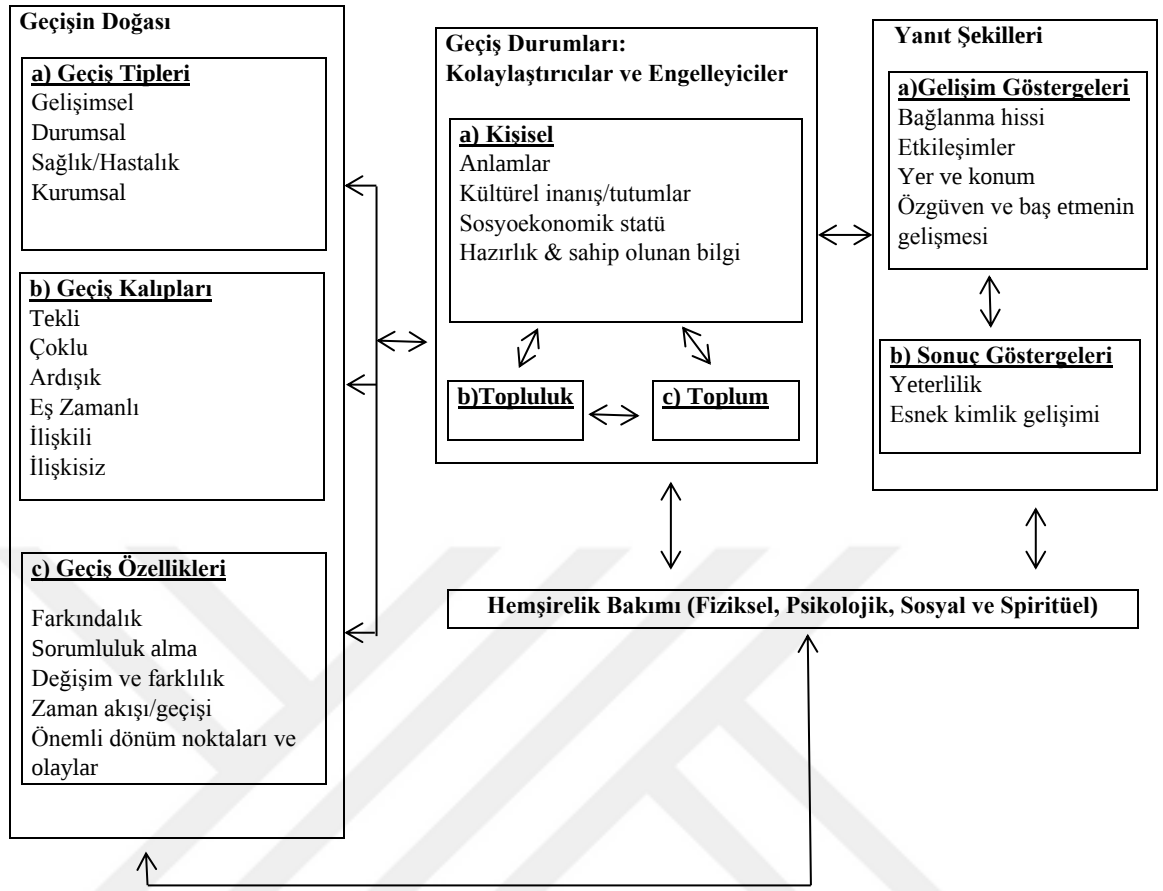
Meleis (2010) geçişin neden hemşirenin sorumluluğunda olduğunu gösteren birçok durum ifade etmiştir. Bu durumlardan birincisi, hemşirelerin klinik hayatlarının büyük bir kısmını, yaşamlarında sağlıklarını etkileyen bir veya daha fazla geçiş yaşayan bireylere bakım vererek harcamalarıdır. İkincisi, 1986-1992 yılları arasında hemşirelik literatürü incelendiğinde, hemşire yazarların geçişlere ilgisini gösteren, “geçişleri” tanımlayan 310 makale bulmasıdır. Üçüncüsü, artan teknolojinin kullanımı, hastaneye yatış ve taburcu edilmeye ilgili politikalar ve dünya genelinde hastaneye yatış maliyetlerinin artması nedeniyle, hastalar daha erken taburcu olmakta ve evde iyileşme ve rehabilitasyon geçişlerine devam etmektedirler. İyileşmeye geçişin uzun sürdüğünü, hastaların iyileşme geçişlerini tamamlayana kadar uzman ve yetkin bakıma ihtiyacı olduğunu vurgulamıştır. Dördüncüsü, insanların iyilik halini etkileyen ve geçiş dönemini başlatan birçok olay vardır. Bu olaylara örnek olarak göç verilebilir. Göç insanları hasta olma riskine sokar, strese karşı daha savunmasız hale getirir. Beşincisi ortalama yaşam ömrünün uzamasıdır. Bu durum uzun süreli bakım gerektiren farklı bir sağlık hizmeti sorununu da beraberinde getirmektedir. Bu durumda hemşirelerden, bireylerin ve ailelerin, fiziksel, coğrafi, duygusal ve zihinsel yaşadıkları değişikliklerle yaşamalarına ve başa çıkmalarına yardımcı olmaları beklenir. Altıncı, insanlar kronik hastalıklarla daha uzun yaşıyor, bu durum hemşirelik müdahalesi gerektiren bir dizi geçişi başlatır. Son olarak, sadece hemşirelerin acil müdahalesini gerektirmekle kalmayan, aynı zamanda hemşirelerin uzun süreli dikkatini gerektiren birçok doğal afet (deprem ve sel) ve insan kaynaklı felaketlerin (savaşlar, nükleer santral patlamaları ve bombalamalar) artmasıdır.

Hemşireler geçiş yaşıayan bireylere, ailelere ve topluma, sorumluluklarını yerine getirerek, beklentilere rehberlik ederek, semptomları iyileştirerek, sağığı ve refahı arttırarak ve kişisel bakımın geliştirilmesini destekleyerek yardımcı olur. Ayrıca hemşireler geçişleri destekleyen veya engelleyen ortamlarla ilgilenir. Geçişlerin tanımını, anlamını, koşullarını ve sonuçlarını belirlemek için araştırmalar yapar.

Aşağıda, geçiş teorisinin bileşenlerinin tanımları, yapısı, özellikleri, tipleri, koşulları, süreç göstergeleri, sonuç göstergeleri ve hemşirelik girişimleri ile ilgili açıklamalar yer almaktadır.

1.7. Meleis'in Geçiş Teorisi

Kuramsal çerçeveler, araştırmacıya yalnızca kavramsal bir bakış açısı yaratmak için değil aynı zamanda bulguları yorumlamak ve bilgi gelişimi sağlamak için de önemlidir (Reed ve Shearer, 2012). Meleis (2010) geçiş teorisinin teorik gelişimini, yaşamın devamlılığı boyunca değıştirilebilecek çeşitli roller olarak tanımlamıştır. Meleis tarafından geliştirilen Geçiş Teorisi'nin ana kavramları Şekil 1.2.'deki gibidir.



Şekil 1.2. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavram Özeti (Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2015).

Geçişin doğası, bir geçiş deneyimi oluşturan özellikler anlamına gelir. Bunlar arasında, geçiş tipleri, kalıpları ve özellikler bulunmaktadır. Geçiş durumları, sosyoekonomik statü ve toplumsal faktörler gibi sağlıklı bir geçişi kolaylaştıracak veya engelleyebilecek çeşitli faktörleri ifade eder. Yanıt şekilleri sağlıklı gelişimin göstergelerini temsil eder, süreç ve sonuç göstergeleri olarak kavramsallaştırılırlar (Lam, 2016).

Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, Meleis'in Geçiş Teorisi'nin kavramları menopozal dönemdeki kadınların geçiş dönemi ile ilişkilendirilerek aşağıda sunulmuştur.

Geçişin Doğası

a. Geçiş Tipleri

Meleis (2010) rol geçişini, kişinin kendini ve sosyal durumunu yeniden tanımlamasını gerektiren, beklenen veya doğal süreçlerden kaynaklanan değişiklik gerektiren durum olarak ifade etmiştir. Bu durumlar kadın ve erkeklerin sahip olduğu birçok durumla örneklendirilebilir. Örneğin anne olmak, baba olmak, ocuk olmak, bakım verici olmak veya bakım alan olmak gibi. Her rol zamanla gelişir ve yeniden yapılanır veya başkalarıyla etkileşim yoluyla yeniden tanımlanır (Meleis, 2010). Bu nedenle ya zaman içinde doğal olarak gelişen ya da beklenmedik biçimde bir yöne doğru itilen geçiş zamanları vardır. Meleis (2010) gelişimsel, durumsal, sağlık/hastalık ve örgütsel olmak üzere dört tür geçiş tanımlamıştır. Menopozal geçiş yaşayanlar geçiş süreci boyunca eş zamanlı geçişler yaşayabilirler.

Gelişimsel Geçişler

Gelişimsel geçişler, büyüme döngüsünün doğal sürecinde meydana gelen geçişlerdir. Ergenlik, yetişkinlik, orta yaş, yaşlılık, gebelik ve menopoz bunlar arasında sayılabilir (Meleis, 2010; Munck ve ark., 2018). Meleis (2010) tarafından

öne sürülen diğer gelişimsel geçişler, anne-kız çocuğu ilişkileri gibi ilişki geçişleri ya da çocuk sahibi olma gibi aile yaşam döngüsü geçişleridir. Literatürde de gelişimsel geçişlerle ilgili yapılan çalışmalar mevcuttur. Menopozal döneme geçiş (Greendale ve ark., 2013; Mitchell ve Woods, 2013), ergenlikten yetişkinliğe geçiş (Allen ve Williams, 2012) ya da ebeveynliğe geçiş gibi rol geçişleri gelişimsel geçişlerdir (Wardrop ve Popadiuk, 2013). Im ve Meleis'in (1999) düşük gelirli Koreli göçmen kadınların menopoza geçişi, Schumacher, Jones ve Meleis'in (1999) yaşlanmakta olan bireylerin yaşlılığa geçişi gelişimsel geçişler konusunda hemşirelik alanında yapılan araştırma örneklerindendir.

Bu çalışmada kadınların içinde bulunduğu süreç, gelişimsel geçiş olarak belirlenmiştir. Menopoz gelişimsel geçişler arasında yer almaktadır (Meleis, 2010). Menopoz tahmin edilen, beklenen bir durum olabilir, ya da tam tersi beklenmeyen ve hazırlıklı olunmayan bir durum da olabilir. Menopozal geçiş kadın hayatının evrelerindeki en büyük gelişimsel yaşam olaylarından biridir. Menopozal geçiş yeni anlamlar elde etmek için hedef, davranış ve sorumlulukları yeniden anlamlandırmayı gerektirir (Meleis, 2010).

Durumsal Geçişler

Meleis (2010) durumsal geçişi, bireyin kişisel görüşlerini, inançlarını, eylemlerini, tepkilerini yönlendireceği bir değişim yaşaması ve hayatına özel bir rol üstlenen birinin girmesi veya çıkarılması şeklinde açıklamıştır. Örneğin bekarlıktan evliliğe geçiş, boşanmaya, dul kalmaya geçiş ya da bir aile üyesinin kaybı, ölümü olabilir. Diğer durumsal geçiş örnekleri göç, eğitim veya emeklilik gibi planlı ve

planlanmamış olayları içerebilir. Yaşamları boyunca insanlar, kimliklerini, beklentilerini, davranışlarını ve rollerini değiştiren yeni olaylar ve durumlar yaşar. Yaşam geçişleri, ister içsel ister dışsal ilişkilerden kaynaklanıyor olsun, ilişkiler üzerinde önemli etkilere sahiptir (Fegran ve ark., 2014).

Durumsal geçişlerle ilgili literatürde iş değişikliği (Butterworth ve ark., 2011), emeklilik (Calvo ve ark., 2013), evlilik (Hewitt ve ark. 2012) ve eğitim geçişleri (Perry, 2012; Salmela-Aro, 2012) olarak örneklendirilebilecek araştırmalar mevcuttur.

Sağlık/Hastalık Geçişi

Sağlık/hastalık geçişleri, hastaneden taburcu edilmeyi, ameliyat veya tedaviden sonra iyileşmeyi ve rehabilitasyonu içerir (Meleis, 2010). Sağlık/hastalık geçişi, hastalıktan sağlığa, sağlıktan hastalığa geçiş veya kronik bir hastalıktan kaynaklanan dalgalanmalı geçişlerdir. Alligood ve Tomey (2013) sağlık ve hastalık geçişlerini, hastane ortamında bir tedaviden sonra iyileşme, hastaneden taburcu olma veya yeni bir hastalık teşhisi konma gibi örneklerle ifade etmektedir. Bu tür geçişler sürekli bir uyum süreci gerektirir.

Im ve ark. (2015) göç deneyimi yaşayan kadınlarla yaptığı çalışmasında, kadınların durumsal bir geçiş olan göç geçişini yaşadıklarını ancak; çoğu kadının aynı anda birden fazla geçiş yaşadığını da ifade etmişlerdir. Örneğin, bu kadınların çoğu gelişimsel bir geçiş olan menopoza geçişi yaşıyordu. Bazıları diyabet,

hipertansiyon ve benzeri kronik bir hastalık teşhisi nedeniyle sağlık-hastalık geçişi de yaşıyordu (Im ve ark., 2015).

Kurumsal Geçişler

Kurumsal geçişler, yeni politikaların benimsenmesi, liderlikteki değişiklikler, rol değişimleri, yeni modellerin veya yeni teknolojilerin uygulamaya konması gibi sosyal, politik veya ekonomik değişimlerle ilgili çevredeki değişiklikleri temsil etmektedir (Schumacher ve Meleis, 1994).

Kurumsal geçiş örnekleri, uygulamada yeni yetkinlikler geliştirmek, yatan hasta servisinden koruyucu sağlık hizmetleri verilen kuruma geçerken hemşirenin yaşadığı geçişleri, hastane yöneticilerindeki değişiklikleri veya bir modelin hemşirelik uygulamalarına uygulanmasını içerir (Coleman, 2016).

b. Geçiş Kalıpları

Tekli, Çoklu, Ardışık, Eş zamanlı, İlişkili, İlişkisiz Geçişler

Bir bireyin geçiş süreci içinde, aynı anda birden fazla olay meydana gelebilir. Meleis'e (2010) göre geçiş kalıpları, kişisel ve profesyonel yaşamın üst üste gelebileceği potansiyel alanlardır. Bir kişinin kendi kişisel yaşamında bir kimlik değişikliği geçirmesi gerekiyorsa, günlük yaşamının diğer yönlerini etkileyebilir. Bu geçişler, tekli, çoklu, ardışık, eşzamanlı olarak ortaya çıkabilir ve bunlar birbiri ile ilişkili veya ilişkisiz geçişler olabilir.

Geçişler aşırı hassasiyet yaşanan dönemlerdir ve her geçiş noktasının kadının hayatı üzerinde farklı etkileri vardır (Meleis ve ark., 2000). Menopoz, kadın hayatında önemli bir geçiştir ve emeklilik, menopoz deneyimiyle ilgisi olmayan sağlık kaybı, medeni durum değişiklikleri ve çocukların evden ayrılması gibi diğer önemli geçişlerle eşzamanlı olarak gerçekleşebilir. Çoklu geçişler menopoz deneyimi yaşayan kadınlar için ek bir stres yaratır (Will, 2003). Koreli göçmen kadınların menopoz geçişlerinin incelendiği çalışmada, kadınların sadece menopozun gelişimsel geçişi ile uğraşmakla kalmayıp, aynı zamanda göç ve işsizlikle ilgili geçişleri de yaşadıkları ifade edilmiştir. Bu nedenle, hemşirelerin sadece belirli bir geçiş türüne odaklanmaktan çok, tüm geçişleri dikkate almaları gerekmektedir (Im ve Meleis, 2000; Meleis ve ark., 2000). Çoklu geçişlerde, geçişin sayısı, ciddiyeti ve algılanan önceliği önemlidir. Im ve Meleis (1999) çalışmasında menopoz geçişi yaşayan göçmen kadınların, eşzamanlı olarak yaşanan diğer geçişler nedeniyle menopoz geçişlerine fazla önem vermediklerini, günlük yaşamlarındaki talepler daha ciddi ve anlamlı olduğu için, menopozun onlara bir şey ifade etmediğini saptamıştır.

c. Geçiş Özellikleri

Geçişler karmaşık ve çok boyutludur, ancak geçiş deneyimlerinin bazı temel özellikleri tanımlanmıştır. Bunlar; farkındalık, sorumluluk alma, değişim ve farklılık, zaman akışı/geçişi, önemli dönüm noktaları ve olaylar olarak sıralanır. Bu özellikler ayrı ayrı olmak zorunda değildir. Aksine bu özellikler karmaşık bir sürecin birbiriyle ilişkili özellikleridir (Meleis, 2010).

Farkındalık

Farkındalık, geçiş deneyimi yaşıyan bireyin algısı, bilgisi ve geişı kabulü ile ilgilidir (Meleis ve ark., 2000; Meleis, 2010). Chick ve Meleis (1986) geçişin gerçekleşmesi için, bireyin meydana gelen değişimler hakkında farkındalığının olması gerektiğini ifade etmiştir. Meleis (2010) ise farkındalık eksikliğinin önemli bir faktör olduğunu, ancak geişı engellemediğini belirtmiştir. Geçiş yaşıyan bireyin kendi geçişinin farkında olması gerekir. Bu durum geçiş süreci başlamadan önce değişimi kabul etmek gerektiğini ifade eder (Munck, 2018). Meleis ve ark. (2000) farkındalık eksikliği olduğunda, bireyin bir geçiş için hazır olmadığını belirtmiştir.

Im ve Meleis (1999) çalışmasında Koreli kadınların bir kısmının, menopoza geişı yaşadıklarını fark etmediklerini, diğerlerinin ise yalnızca menstruasyonu sona erdiğinde fark ettiklerini saptamışlardır. Skarsater ve ark. (2006) çalışmasında geçiş yaşıyan bireylerin geçişlerinin farkında olmalarının, onların hastalıklarını/durumlarını ciddiye almalarında, karar verme, seçim yapma ve kendi istekleri hakkında konuşmaları konusunda etkili olduğunu ifade etmiştir. Bu durumun geçiş yaşıyan bireyin öz güvenini arttırdığını belirtmiştir. Bireyi bir bütün olarak ele almak, bireyin hastalıktan daha fazlası olduğunu kabul etmeyi gerektirir. Skarsater ve ark. (2006) geçiş yaşıyan bireyler, bunun farkında olurlarsa nasıl baş edeceklerini bilmeseler de, yaşadıkları sorunları dile getirebileceklerini belirtmiştir. Sorunlar dile getirildiğinde ise problemler tanımlanabilir ve bireyselleştirilmiş bakım planı hazırlanabilir. Bireyin farkındalığı, yaşama olan uyumunu yeniden kazanmada önemli bir adımdır. Farkındalık başarılı bir geçiş için işbirliği yapmayı sağlar (Skarsater, 2006).

Sorumluluk Alma

Sorumluluk alma bireylerin geçiş sürecine aktif olarak katılım gösterdiği durum olarak tanımlanır. Sorumluluk farkındalık düzeyiyle ilişkilidir. Eğer bir kişi yaşadığı geçişin farkında değilse sorumluluk alamaz. Geçiş sürecine katılım geçiş sürecini kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Sorumluluk alma örnekleri arasında aktif olarak bilgiyi aramak, geçiş için hazırlık yapmak, rol modellerini kullanmak, aktivitelere aktif olarak katılmak yer alır. Farkındalık düzeyi geçiş sürecine katılımı etkiler ancak; katılım farkındalık olmadan da gerçekleşebilir. Fiziksel, duygusal, sosyal veya çevresel değişikliklerin farkında olan bir bireyin katılım düzeyi, bu değişikliklerden habersiz olandan daha farklı olacaktır (Meleis ve ark. 2000). Sevdiği kişinin ölümünü yaşayan birey, fiziksel, davranışsal, duygusal, zihinsel, sosyal ve manevi tepkiler gösterebilir, ancak daha sonra aktif şekilde bilgi toplayarak veya aktivitelerini değiştirerek sorumluluk alır. Örneğin yiyecek satın almak için veya faturaları zamanında ödemek için sorumluluk alabilir (Meleis ve ark. 2000).

Değişim ve Farklılık

Değişim ve farklılık geçişin bir diğer özelliğidir. Tüm geçişler bir değişiklik içerir, ancak tüm değişiklikler geçişle ilgili değildir. Değişim ve farklılık terimi her ne kadar geçiş terimleri ile benzer olsa da, bu özellikler birbirinin yerine geçemez ve geçişle eş anlamlı kullanılamaz. Geçişler değişime yol açar. Bir geçiş sürecini tam olarak anlamak için, ilgili değişikliklerin etkilerini ve anlamlarını ortaya çıkarmak ve tanımlamak gerekir. Değişim, eleştirel veya dengesiz olaylarla, ilişkilerde ve rutinlerdeki aksaklıklarla veya fikir, algı ve kimliklerle ilgili olabilir. Farklılık, farklı

olma algısını ya da çevreyi farklı şekillerde görmeyi ifade eder (Meleis ve ark., 2000).

Değişim ve farklılık, bir bireyin cevap verdiği yolu, bir görevin başarıma şeklini veya bir bireyin bir davranışı değiştirdiği zaman yaşadığı rol geçişi olarak tanımlanır. Bir kayıp ani değişiklik yaratabilir, geçiş süreci zor olabilir ve yeni normal bir durumun yaratılması için uzun bir süre geçebilir (Alligood ve Tomey, 2013).

Zaman Akışı/Geçişi

Zaman akışı yeni bir başlangıca doğru olan harekettir (Meleis, 2010). Geçişin daha istikrarlı hale gelmesi, rutinlerin oluşması ve değişimin yeni normalliğinin şekillenmesidir. Tüm geçişler belli bir süre boyunca akış ve hareket halindedir (Chick ve Meleis, 1986). Geçişler herhangi bir özel zaman yörüngesini takip etmez, zaman içinde hareket ve değişkenlik ile karakterizedir. Meleis ve ark. (2000), belirli geçiş deneyimlerinin zaman aralığına sınır koymanın zor, hatta imkânsız olabileceğini ifade etmişlerdir. Hatta ölüm veya bir hastalığın teşhisi gibi bazı geçişler hiç bitmeyen süreçlerdir (Meleis ve ark., 2000).

Menopoz geçişi yaşayan kadınlarda bir zaman akışı yaşar. Menopoz semptomları belirli fiziksel ve psikolojik değişikliklerle başlar ve devam eder. Bazı kadınlar için menopoz geçişi semptomların şiddetine ve kadınların semptomlara karşı tutumlarına bağlı olarak değişir. Ayrıca, menopoz semptomlarının belirli bir bitiş noktası olabilir veya bazı kadınlar için bitiş noktası belirsiz olabilir (Im, 2010).

Önemli Dönüm Noktaları ve Olaylar

Bazı geçişler tanımlanabilir bir işaretleyici olayla ilişkilendirilir; doğum, ölüm, menstruasyonun kesilmesi veya bir hastalığın teşhisi gibi. Bazı geçişlerde ise işaretleyici olaylar belirgin değildir. Birden fazla geçiş içeren durumlar kritik dönüm noktaları veya olaylar içerir. Kritik dönüm noktaları ve olaylar zaman zaman değişim ile ilgili farkındalık ve katılımın artmasıyla karakterize edilen belirteçlerdir. Önemli dönüm noktaları yeni rutinlerde, becerilerde, yaşam tarzlarında ve kişisel bakım faaliyetlerinde bir istikrar duygusu ile karakterizedir (Meleis ve ark., 2000).

Kritik noktalar genellikle bireylerin kişisel bakım ve belirsizlikle mücadele etmek zorunda oldukları artan savunmasızlık ile ilgilidir. Günlük yaşamla başa çıkmanın yeni yollarını bulmak için eski tutumların ve kökleşmiş rollerin değiştirildiği, yeni becerilerin kazanıldığı noktalardır (Skarsater ve ark., 2006). Önemli dönüm noktaları ve olaylarda artan kırılganlık dönemi, duygusal sıkıntı ve belirsizlik olabileceği gibi; bir dengeye ulaşma ya da benliğin istikrara kavuşması gibi olumlu bir geçiş dönemi de olabilir (Meleis, 2010). Geçiş ile ilgili ortaya çıkan belirsizlik dönemlerinde geçişin niteliğine bağlı olarak oluşan bir takım kritik noktalar vardır. Her kritik nokta hemşirenin dikkatini, bilgisini ve deneyimini farklı şekillerde kullanmasını gerektirir.

Geçiş Durumları: Kolaylaştırıcılar ve Engelleyiciler

Geçiş koşulları, geçiş sürecini kolaylaştıracak veya engelleyebilecek, geçişi etkileyecek olaylara atfedilen anlam olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik disiplini içerisinde insan, sağlık ve hastalık durumlarına dair algıları ve anlamları olan aktif varlıklar olarak tanımlanır. Bu algılar ve anlamlar, bir geçişin gerçekleştiği koşulları etkilemekte ve etkilenmektedir. Sağlıklı bir geçişin sağlanmasına yönelik kolaylaştırıcı veya engelleyici kişisel, topluluk ya da toplum koşulları, sağlıklı geçiş süreçlerini ve geçişlerin sonuçlarını kolaylaştırabilir ya da engelleyebilir (Meleis ve ark., 2000).

Menopoz geçişinde de kadınları olumlu ve olumsuz yönde etkileyen koşullar vardır. Hemşireler, menopoz geçişi yaşayan kadınların sağlık açısından savunmasız olduğu zamanları veya noktaları öngörebilmelidir (Lenz, 2001). Im ve Meleis (1999) çalışmasında Koreli göçmen kadınların, menopoz hakkında konuşmaya veya tartışmaya değmeyen bir biyolojik zorunluluk olduğunu belirttiklerini, aile üyelerinin ihtiyaçları olduğu sürece kendi ihtiyaçlarını, sağlıklarını, menopoz geçişlerini görmezden geldiklerini saptamıştır. Ayrıca kadınların menopoz geçişi sırasında görülen semptomları normalleştirdiğini, göz ardı ettiğini, semptomları yaşam olaylarıyla ilişkilendirdiklerini (emeklilik, evden ayrılan çocuklar, finansal sorunlar, eşin ölümü vb.) ve semptomların yaşlanma ile ilişkili olduğu için normal olarak algılandığını saptamışlardır. Koreli göçmen kadınların kültürel mirasları, göçmenlik deneyimleri ve cinsiyetleri menopoz geçişini “görünmez” hale getirmiş ve normalleştirmiştir (Im ve Meleis, 1999). Menopoz semptomlarının algılanması ve menopoz geçişine atfedilen anlam etnik kökenlerden etkilenmektedir (Im, 2010).

Sağlıklı bir geçişin gerçekleşmesi için koşulları anlamak gerekir. Bu koşullar kişisel (olayın anlamı, kişinin inancı, sosyoekonomik durum, bilgi, kültürel inançlar ve tutumlar), topluluk (aile ya da eş desteği, sosyal destek, rol modeller) veya toplum (marjinalleşme, damgalanma, cinsiyet, konum) koşulları olabilir (Lenz, 2001; Meleis ve ark. 2000).

a. Kişisel

Geçiş sürecinde Meleis'in (2010) anlamlar, kültürel inançlar ve tutumlar, sosyo-ekonomik statü, hazırlık ve bilgi olarak tanımladığı kolaylaştırıcı ve engelleyici olarak tanımlanan bir dizi kişisel koşul vardır. Yetersiz destek, istenmeyen ya da olumsuz öneriler, güvenilir olmayan ya da çelişkili bilgi, çevreden gelen olumsuz tutumlar, bireyselliğin göz ardı edilmesi zorlaştırıcılar olarak sıralanabilir (Meleis, 2010).

Anlamlar

Anlam, beklenen ya da yaşanmış bir geçişin bireysel olarak ne ifade ettiği, geçişin bireyin yaşamı üzerindeki olası etkisinin değerlendirilmesidir (Schumacher ve Meleis, 1994). Meleis (2010)'e göre, anlamlar yaşam olaylarında geçişin öznel değerlendirilme yöntemidir. Anlamlar pozitif, negatif veya tarafsız olabilir (Schumacher ve Meleis, 1994). Bir geçişe atfedilen anlamlar, sağlıklı geçişleri kolaylaştırabilir veya engelleyebilir.

Im ve Meleis (2000) alışmasındaki kadınların menopozal geçişe yükledikleri anlamın, çalışmak zorunda kalma ve iş bulmaya verdikleri anlamdan daha az olduğunu saptamıştır. Kadınlar menopozu normalleştirmiş, ihmal ve göz ardı etmiştir (Meleis ve ark., 2000).

Kültürel İnanışlar/Tutumlar

Meleis ve arkadaşları (2000) kültürel inançlara ve tutumlara bağlı etkilerin geçiş deneyimini etkileyebileceğini belirtmiştir. Kültürel inanç ve tutumlar gelenekleri, görenekleri, dışa dönük ifadeyi veya damgalanmayı içine alan inançlar ve tutumlardır (Meleis, 2010). Örneğın acı bir olay karşısında duygularını dışa vurma şekli kültürel inanç ve tutumlara göre değişir. Başka bir örnek menopoz gibi bir geçiş deneyimine damgalanma eklendiğinde, geçişle ilgili duygusal durumların ifadesi engellenebilir. Kadınlar menopoz hakkında konuşmayı utanç verici olarak kabul ettikleri için, menopozal geçişlerini sessizce kendi başlarına deneyimleyebilirler. Bu nedenle menopoz semptomları duygusal durumlarına atfedilir (Meleis ve ark., 2000).

Menopoz, bir kadının hayatında gelişimsel bir geçiş dönemidir. Doğal yaşlanma süreçleri, over fonksiyonlarının azalması ve anatomik değişiklikler ile ilişkilidir. Menopoza farklı semptomlar eşlik eder ve sosyal rollerde meydana gelen değişiklikler ve kültürel özellikler bu dönemde önemli etkiye sahiptir (Rotem ve ark., 2005). Im ve Meleis (1999) alışmasında menopozun kültürel ve gizli bir deneyim olduğunu saptamıştır. alışmalarındaki kadınlar menopoz hakkında konuşmayı tabu olarak görmüş, onlar için menopoz doğurganlığın sona ermesi anlamına gelmiştir.

Özellikle erkek çocukları olmayan kadınlar için menopo  olumsuz anlam taşımıştır (Im ve Meleis, 2000).

Sosyoekonomik Statü

Meleis ve ark. (2000) sosyoekonomik durumun tıbbi tedavi almayı engellediğinde veya geçiş deneyimlerken yardım almayı önlediğinde bir inhibitör olabileceğini ifade etmiştir. Örneğin, sevilen bir kişinin ölümünün geçiş yaşayan bireyi ekonomik olarak da etkilemesi geçiş sürecini zorlaştırabilir. Sağlıklı geçiş için düşük sosyoekonomik statü engelleyici bir durumdur. Meleis ve ark. (2000) sosyoekonomik durumu düşük bireylerin psikolojik semptomlarının olma ihtimalinin de yüksek olduğunu ifade etmiştir. Skarsater (2006) çalışmasında geçiş yaşayan bazı kadınların özel bir tür psikoterapi veya tamamlayıcı tedavi yöntemleri istediklerini, ancak bunu ekonomik olarak karşılayamadıklarını belirtmiştir.

Im ve Meleis (1999) çalışmasında Koreli göçmen kadınların menopo  geçişlerini görmezden gelme sebeplerinin ekonomik sıkıntılarla uğraşmaktan kaynaklandığını saptamıştır. Menopozal semptomlara kayıtsız kalan kadınların sosyoekonomik statülerinin düşük olduğunu belirtilmiştir. Bu nedenle, sosyoekonomik faktörler göz önünde bulundurulmadan menopozal geçiş yeterince açıklanamaz veya anlaşılamaz (Im ve Meleis, 1999).

Hazırlık/Sahip Olunan Bilgi

Geçiş ilişkini hazırlık ve bilgi düzeyi geçiş sonucunu etkiler (Schumacher ve Meleis, 1994). Schumacher ve Meleis (1994), geçişin önemli bir yönü olarak yeni bilgi ve beceri geliştirmeye ihtiyaç duyulduğunu ifade etmektedir. Bir geçiş için hazırlık yapılmaması geçiş sürecini engellemektedir (Meleis ve ark., 2000). Geçiş sırasında nelerin beklenmesi gerektiği ve geçişin nasıl yönetilebileceğine dair hazırlık yapılması gerekmektedir, çünkü hazırlıklı olmamak engelleyicidir (Skarseter, 2006). Önceden yapılan hazırlıklar geçiş deneyimini kolaylaştırırken, hazırlıksız olmak bir inhibitördür. Hazırlık bir geçiş sırasında neler beklenmesi gerektiği ve geçişi yönetmede hangi stratejilerin yardımcı olabileceği hakkında bilgi sahibi olmaktır (Meleis ve ark., 2000). Örneğin göç yaşayan bireyler için hazırlıksız olmak ve bilgi eksikliği geçişi zorlaştırır. Göç yaşayanlar coğrafya, dil ve kültürle ilgili sınırlı bilgileri nedeniyle kültürel, fiziksel ve duygusal olarak şok yaşarlar. Anneliğe geçişte hazırlık ve beklentilerin önemi bir başka örnektir. Hamilelik planlanmadığında ya da annenin düşükler deneyimlediği bir anneliğe geçişte süreç zorlaşır. Menopozla ilgili bilgi eksikliğinin menopozal geçişi zorlaştırması da örnek olarak verilebilir. Bilgiden yoksun olan kadınlar, menstrüasyonundaki değişiklikler nedeniyle doktora başvurabilir (Meleis ve ark., 2000). Hazırlıkla ilgili başka bir örnek olarak; Meleis (2010), ölümcül hastalığı olan birinin ölümü gibi bir durumun öngörülmesinin teselli getiremeyeceğini, ancak geçiş sürecini kolaylaştırabileceğini ifade etmiştir; ancak, sevilen birinin beklenmedik veya ani ölümünün kaos ve karışıklığa neden olacağını belirtmiştir.

Menopozal geçiş yaşayan kadınların geçişlerindeki bireysel zorlaştırıcılar fiziksel sağlıkta bozulma, vazomotor yakınmalar, uyku sorunları, psikolojik sağlıkta bozulma, üriner sistemde görülen semptomlar olarak sıralanabilir (Ertekin ve ark., 2015; Karakoç ve ark., 2017; Gözüyeşil ve Başer, 2016; zer ve Gözükara, 2016; Eftekhar et al. 2016; Hbek Akarsu ve Kuş, 2017).

b. Topluluk

Topluluk koşulları geçişleri kolaylaştırır veya engeller. Bir geçiş sürecinde yer alan destek sistemleri geçişi etkiler. Meleis ve ark., (2000) göre topluluk ve toplum arasındaki fark terimlerin kapsamıdır. Toplulukta bireyler birbirleriyle yakından ilişkilidir.

Meleis (2010) aile, akraba, arkadaş, rol modelleri, profesyonel sağlık hizmeti sağlayıcılarını topluluk olarak tanımlamıştır. Bir topluluk değerlerini, ilgi alanlarını ve ortak özelliklerini paylaşır. Geçiş yaşayan bireyler, aile, arkadaş ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile geçişleri konuşarak, geçişi kolaylaştırmak için bilgi ve destek kazanır. Geçiş yaşayan bireyin topluluk yeleri ile yakın ilişkiler kurması, destek alması başarılı geçişlerinin sağlanması için önemlidir (Meleis ve ark., 2000). Menopozal dönemdeki kadınlarda sosyal ilişkilerde bozulma, yetersiz eş, arkadaş, akraba desteği, ergenlik çağındaki çocuklarla yaşanan tartışmalar, yaşlı ebeveynin bakımı, iş yaşamındaki değişimler ya da işsizlik, evlilikteki olumsuzluklar, sevilen bir yakının kaybı menopozal geçişi zorlaştıran topluluk özellikleri arasında sıralanabilir (Ertekin ve ark., 2015; zer ve Gözükara, 2016).

c. Toplum

Toplum koşulları, toplum ideolojileri ve kültüre ilişkin kolaylaştırıcılar ya da engelleyicilerdir (Im, 2010; Meleis ve ark., 2000). Toplum belirli yasaları veya gelenekleri olan bir bölgede daha bütünsel bir bakış açısını kapsamaktadır. Bir geçiş olayını damgalanmış olarak görmek, sağlıklı geçiş sürecine olumsuz müdahale etme anlamına gelir. Toplumdaki kolaylaştırıcılar inanç sistemleri, dini destek, arkadaşlar arasındaki iletişim ve destek ile örneklendirilebilir. Meleis (2010), toplumun geçiş sürecini, belirli bir popülasyonun damgalanma, stereotipleme ya da durumsal geçiş sürecine girerken marjinalleştirilmesi yoluyla engelleyebileceğine işaret etmiştir. Örneğin, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, bir kadının menopoza geçişini etkileyen toplumsal düzeyde bir kısıtlamadır. Başka bir örnek akıl hastalarında damgalanma olarak verilebilir (Meleis ve ark., 2000). Toplumun menopoza girmiş kadınlara yönelik olumsuz bakış açıcı, olumsuz kültür özellikleri ve toplumun kadına verdiği değerin düşük olması menopozal geçiş yaşayan kadınların geçişlerindeki toplumsal zorlaştırıcılardır (Irmak Vural ve Balci Yaygın, 2016; Uludağ ve ark., 2014; Zıvıdır ve Sohbet, 2017).

Yanıt Şekilleri

Schumacher ve Meleis (1994) hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için hemşirelerin sağlıklı geçiş sonuçlarını tanımlayabilmelerinin kritik olduğunu belirtmiştir. Yanıt şekilleri gelişim ve sonuç göstergelerinden oluşur. Gelişim göstergeleri bireylerin, hastalığın/geçişin getirdiği sınırlamalarda, tedavi ve iyileşme sürecinde/geçiş sürecinde var olan kaynakları en iyi nasıl kullanılacağını ve

baş etme stratejilerini nasıl geliştirileceğini gösterir. Geçişler zamanla ortaya çıktığı için, geçiş yaşayan bireyler ya sağlık yönünde ya da tam tersi yönde gelişim göstergeleri gösterir. Hemşireler sağlıklı sonuçlara ulaşmak için erken değerlendirme ve müdahale yapmalıdır. Gelişim göstergeleri arasında bağlanma hissi, etkileşim, yer (örneğin fiziksel veya coğrafi) ve konum (örneğin zaman, mekan ve ilişkiler), özgüven ve baş etmenin gelişmesi vardır. Sonuç göstergeleri, yeterlilik, esnek/uyumlandırılabilir kimlik gelişimini içerir. Yeterlilik zamanla tecrübe ile gelişir. Sonuç göstergeleri bir geçişin ne zaman tamamlandığını gösterebilir.

a. Gelişim Göstergeleri

Gelişim göstergeleri ya geçiş deneyimini kolaylaştırır ya da bireyleri savunmasızlığa, riske maruz bırakır (Ramsay ve ark., 2013). Gelişim göstergeleri bağlanma hissi, etkileşim, yer ve konum, özgüven ve baş etmenin gelişmesinden oluşur. Sağlıklı bir geçiş, pozitif gelişim göstergelerini içerir. Menopoz geçişi yaşayan kadınlar yeterli bilgi ve desteğe sahip olursa, pozitif bir bağlanma hissi ve etkileşimde bulunmuş olurlar. Böylece menopoz geçişleri ile baş edebileceklerine dair güvenleri gelişir (Im, 2010).

Bağlanma Hissi

Bağlanma ihtiyacı, birçok geçişte önemli bir temadır. Geçiş yaşayan bireyler için sorularına cevap verebilecek, rahatça bağlanabilecekleri sağlık çalışanları gibi birine bağlı hissetmek, olumlu bir geçiş deneyiminin önemli bir göstergesidir. Örneğin, göç geçişi deneyimleyenler için yeni temaslar kurmak, aile ve arkadaşlarla

bağlantıları sürdürmek önemli bir durumdur. Göç deneyimleyenler barınma, ulaşım, istihdam ve sosyal destek kaynağı olarak sosyal ilişkilerini ve akrabalık ağlarını kullanmaktadır (Meleis ve ark., 2000).

Etkileşim

Etkileşimle, geçişin anlamı ve geçişe tepki olarak geliştirilen davranışlar açıklığa kavuşturulmuştur. Geçiş yaşayan bireylerin başkalarıyla nasıl ve ne zaman etkileşime girdiklerine dair soru sormak, gelişim göstergelerinin önemli bir boyutudur (Coleman, 2016). Meleis'e (2010) göre, etkileşim ile geçişin anlamı ve bakımın içeriği açıklanabilir ve netleştirilebilir.

Yer ve Konum

Yer (örneğin; fiziksel veya coğrafi) ve konum (örneğin; zaman, mekan ve ilişkiler) gelişim göstergeleri arasında yer almaktadır. Yer değiştirme, göç gibi geçişlerde daha belirgindir. Örneğin göçmenler hayatlarını, deneyimlerini, uygulamalarını, tutumlarını göç ettikleri yerle sürekli karşılaştırma sürecine girerler. (Meleis ve ark., 2000).

Çoğu geçiş tecrübesi için konum, yalnızca bir yerden diğerine geçiş değil, aynı zamanda kendi içinde, ilişkilerinde hareket etmek açısından büyük önem taşır. Geçiş yaşayan bireyler için geçiş dönemi ile başa çıkmak zor olsa da, onlara yeni bir bakış açısı getirdiği ve farklı bir şekilde hareket etmelerine izin verdiğini için önemlidir (Skarsater, 2006).

Bireyler, geçiş öncesini ve sonrası yaşamları arasında karşılaştırmalar yaptıkları zaman, kendilerini “zaman, mekan ve ilişkiler” olarak konumlandırır (Meleis ve ark., 2000). Örneğin bir evlilik geçişinden dolayı ilişkideki değışikliklerin kabul edilmesi, bireylerin yeni rutinler ve yeni ilişkiler içinde kendini konumlandırmalarına olanak verebilir (Brisini, 2018).

Özgüven ve Baş Etmenin Gelişmesi

Geçiş sürecinin niteliğini yansıtan bir başka boyut, geçiş yaşayan bireylerin özgüven düzeylerinde ve baş etmelerinde bir artış yaşamalarıdır (Meleis ve ark., 2000). Özgüven ve baş etmenin gelişmesi ile geçiş yardımcı olabilecek kaynaklar ve geçişi yönetmek için gerekli olan stratejiler kavramsal olarak ortaya çıkar (Brisini, 2018; Meleis, 2012).

b. Sonuç Göstergeleri

Sonuç göstergeleri yeterlilik ve esnek kimlik gelişiminden oluşmaktadır. Sonuç göstergeleri yeni becerilerin ustalığını gösterir. Geçiş yaşayan bireyin sahip olduğu sonuç göstergelerinin seviyesi, geçiş yaşayanlar için yaşam kalitesini yansıtabilir. Bir geçişin ne zaman tamamlanacağını belirlenmesi, geçişin türüne, geçişi başlatan olaya, geçişin niteliğine, modeline bağlı olarak esnek ve değışkendir. Yeterlilik ve esnek kimlik duygusuna sahip olmak geçiş sürecinin sağlıklı sonuçlarını yansıtır (Meleis ve ark., 2000). Tüm geçişlerde, bir dengeye ulaşmak bireysel olarak farklı şekilde gerçekleşir. Im (2010) kadınların menopoza semptomlarının belirtilerinin ve şiddetinin farklı olduğunu ifade etmiştir. Örneğin, Asya ülkelerindeki

kadınların menopoz geçişinde daha çok sırt, kas, omuz ve eklem ağrılarından yakındıklarını, vazomotor bozukluklardan daha az yakındıklarını belirtmiştir.

Yeterlilik/Rol Ustalığı

Başarılı bir geçiş gerçekleştiğinde, sıkıntı duygularının yerini refah duygusu alır. Yeterlilik “bilgi, bilişsel beceri ve kendine güven” içerir. İlişkilerde iyilik hali başarılı bir geçişin gerçekleştiğini gösterir. Bir geçişin sağlıklı bir şekilde tamamlanması, bireylerin yeni durumlarını veya ortamlarını yönetmek için ihtiyaç duydukları beceri ve davranışların ustalığını gösterdikleri ölçüde belirlenir (Schumacher ve Meleis, 1994).

Yeterlilik deneyimle, zamanla gelişir. Yeterliliğin bir geçiş deneyiminde erken görülmesi olası değildir. Geçiş tamamlandığında yeterlilik düzeyi yüksekse, bu durum sağlıklı bir geçişin sonucuna ulaşıldığını gösterecektir (Meleis ve ark.,2000). Tüm geçişlerde önemli olan süreci yönetme yeteneğidir. Geçiş başarılı tamamlayanlar hayatlarını yeniden değerlendirir ve geçiş yönetmek için gereken becerileri geliştirir. Hemşireler geçiş yaşayan bireylerin kendi yeteneklerini kullanabilmek için karar vermelerini desteklemelidir (Skarsater, 2006).

Meleis ve ark. (2000) çalışmasında anneliğe geçiş yapan kadınların “yaklaşık 2 ay sonra kendi kararlarımı vermeye başladım” diyerek yeterlilik/rol ustalığı kazandıklarını belirtmiştir. Yeterlilik duygusu olan kadınlar, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları ile uyumlu ortamlar yaratır. Bu kadınlar, geçişlerle ilişkili

değişiklikleri yönetme konusunda kendilerini daha güvende hisseder (Smith-DiJulio, 2008).

Esnek (Uyumlandırılabilir) Kimlik Gelişimi

Meleis ve ark. (2000) tüm geçişlerde “kişinin hayatında bir denge hissine ulaşmanın öznel bir unsur” olduğunu belirtmiştir. Bir geçişin sonunun belirlenmesinin esnek kalması gerektiğini, değişimin türüne veya geçişin doğası ve düzenine neyin yol açtığına bağlı olduğunu ifade etmiştir.

Örneğin göç geçişi yaşayan bireyler için yeni kimlik gelişiminin özelliklerinden biri, perspektiflerinin artık tek kültürlü olmak yerine iki kültürlü olmalarıdır (Meleis ve ark., 2000).

Hemşirelik Bakımı (Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel)

Hemşirelik bakımının temel dayanağı, başarılı bir geçişin gerçekleşmesi için bireylere katkıda bulunmaktadır (Ramsay ve ark., 2013). Meleis’in geçiş teorisi geçişin doğası, geçiş durumları, yanıt şekilleri ve hemşirelik bakımından oluşur, ancak; hemşirelik bakımı teoride detaylı bir şekilde ele alınmamıştır (Skarsater ve Willman, 2006). Geçiş teorisinde hemşirelik bakımı Schumacher ve Meleis (1994) tarafından sadece kavramsallaştırılmıştır. İlk kavram, geçişe hazır oluş durumunun değerlendirilmesidir. Hazır oluşun değerlendirilmesi, bireyin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlayan multidisipliner bir çaba gerektirir. Geçiş teorisinde yer alan geçiş durumlarının her biri, bireyin geçiş için hazır olduğunun bir profilini

oluşturmak ve geçiş deneyiminin kalıplarını belirlemek için değerlendirilmelidir (Im, 2006; Meleis ve ark. 2000). İkinci önemli kavram eğitimidir. Eğitim, geçişe hazırlık yapmak ve geçiş için en uygun koşulları yaratmak için birincil yöntemdir. Üçüncü kavram ise rol desteğidir. Geçiş teorisinde hemşirelik bakımı daha fazla genişletilmemiştir (Im, 2006; Meleis ve ark, 2000).

Meleis (2010) ve Im (2014) hemşirelik bakımının geliştirilebilmesi için, teoriye dayalı müdahale araştırmalarından elde edilen kanıtlarla desteklenmesinin gerekli olduğunu ifade etmiştir. Bu nedenle hemşirelik bakımı çalışmalarla tanımlanmalı, açıklığa kavuşturulmalı, geliştirilmeli, test edilmeli ve değerlendirilmelidir (Meleis ve ark., 2000). Hemşirelik bakımı, başarılı bir geçişi kolaylaştırmak için başkalarının neler yapabileceğini gösterir. Geçişi desteklemeye yönelik girişimlerin geliştirilmesi, başarılı geçişlerin özelliklerinin, koşullarının ve göstergelerinin dikkate alınması gerekir (Schumacher ve Meleis, 2010). Sağlıklı bir geçiş sürecini kolaylaştırmak için özel hemşirelik bakımı gereklidir (Meleis, 2010). Hemşirelerin geçiş yaşayan bireylere bakım vermede önemli bir rolü vardır. Hemşire geçiş sırasında hastalara bakım ve destek vererek, süreç boyunca daha iyi hareket etmelerine yardımcı olur.

Im (2010) çalışmasında hemşirelik bakımının kültürel özelliklerden etkilendiğini ve farklı kültürlere göre, dört alt kavram içeren menopo­z semptom yönetimi ifade etmiştir. Bunlar sırası ile; menopo­zu önemsemeyenler için müdahale olmaması, hormon replasman tedavisi, tamamlayıcı ve alternatif terapiler, danışmanlık ve kendi kendine yardım gruplarıdır.

Bu alışma Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışma randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ankara Altındağ Belediyesi'ne ait Karapürçek-2 Kadın Eğitim ve Kültür Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma verileri 19 Kasım - 30 Aralık 2018 tarihleri arasında merkezde yer alan seminer salonunda toplanmıştır. Altındağ Belediyesi Karapürçek-2 Kadın Eğitim ve Kültür Merkezi'ne kayıtlı tüm yaş gruplarından oluşan 5500 üye bulunmaktadır. Bu üyelere 2100'ü 45-54 yaş grubunda yer alan kadınlardan oluşmaktadır. Merkeze kayıt olmak isteyen tüm üyelere iletişim bilgileri alınmaktadır. Merkezde verilecek tüm kurs ve etkinlik duyuruları üyelere toplu mesaj gönderilerek bildirilmektedir. Gerekli durumlarda üyelere telefon edilerek ulaşılmaktadır.

Altındağ Belediyesi Karapürçek-2 Kadın Eğitim ve Kültür Merkezi, Ankara ili Altındağ Belediyesi tarafından açılan, kadınların ev ekonomilerine destek vermek, el becerilerini geliştirip mesleğe dönüştürmek, sanatsal, kültürel ve sportif faaliyetlerde bulunmalarını sağlamak amacı ile hizmet vermektedir. Merkezde

kişisel gelişim, meslek edindirme ve hobi kursları verilmektedir. Bu kurslara kayıt başvuruları, merkez tarafından belirlenen tarihlerde ücretsiz olarak yapılmaktadır. Merkezde okuma yazma, İngilizce, Arapça, Osmanlıca, işaret dili, diksiyon ve bilgisayar kullanma, drama, tiyatro, modern dans, halk oyunları, yağlı boya, takı tasarımı, ebru, ahşap boyama, kumaş boyama, kırk yama, el örgüsü, bağlama, keman, ney, kuaförlük, pastacılık, hasta bakıcılığı, çocuk bakıcılığı, cilt bakımı ve benzeri kurslar verilmektedir. Merkez 3 katlı bir bina olarak inşa edilmiştir. Merkezin kafeteryası, spor salonu, konferans salonu, kurslara gelen annelerin çocuklarını bırakabilecekleri kreşi, seminer odası ve her katta derslikleri bulunmaktadır. Merkezde sürekli olarak bulunan bir yönetici, bir güvenlik görevlisi ve bir temizlik personeli çalışmaktadır. Kurslar için gelen öğretmenler sadece kurs günleri ve saatlerinde merkeze görevlendirme ile gelmektedirler. Merkezin çalışma saatleri 08.00-17.00 arasındır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Veri toplama tarihleri arasında Altındağ Belediyesi Karapürçek-2 Kadın Eğitim ve Kültür Merkezi'ne kayıtlı, menopoza girme ve menopozal yakınmaların yoğun yaşandığı 45-54 yaş arasında (Hotun Şahin, 2015; Perry ve Lowdermilk, 2004; Taşkın, 2016) 2100 menopozal dönemdeki kadın araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Çalışmaya başlamadan önce müdahale ve kontrol gruplarında yer alacak kadın sayısını belirlemek amacıyla güç (GPower 3.1. programı) analizi yapılmıştır.

Bu amaçla daha önce yapılmış olan benzer çalışmanın (Steels ve ark., 2018) ölçek toplam puanı referans olarak kullanılmıştır. Alfa (α)=0,05 ve güç ($1-\beta$)=0,80 alınarak yapılan analiz sonucunda her grupta en az 25 bireyin olması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmadan ayrılma ihtimaline karşı toplam 76 menopozal dönemdeki kadınla çalışmaya başlanmıştır. Uygulanan hemşirelik yaklaşımları süreci boyunca kontrol grubundan 6, deney grubundan 6 kadın çalışmadan ayrılmıştır. Kontrol grubundaki 4 kadın çalışmaya katılmaktan vazgeçtiğini ifade etmiş ve 2 kadınla iletişim kurulamamıştır. Deney grubundan 6 kadın sadece ilk gün eğitime gelmiş diğer günler gelmemiştir. Çalışmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmadan ayrılmayan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 32 deney grubu, 32 kontrol grubu kadın oluşturmuştur.

Araştırma kapsamında, yapılan güç analizine göre araştırma grubunda hedeflenmiş olan menopozal dönemdeki kadınlara ulaşmak için, Karapürçek-2 Kadın Eğitim ve Kültür Merkezi'ne kayıtlı 5500 kadına toplu telefon mesajı gönderilmiş ve 45-54 yaş grubunda olan kadınlar için menopozal dönemde yaşam kalitesi eğitim programı açılacağı duyurusu yapılmıştır. Merkeze eğitime katılmak için geri dönüş yapan 110 kadından çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayanlar ve çalışmaya katılmayı kabul edenler (76 kadın) belirlenmiştir. Kadınlar deney (38 deney) ve kontrol (38 kontrol) gruplarına basit randomizasyon yöntemiyle dağıtılmıştır. Örneklem seçim kriterlerine uygun olan kadınlar “Random.org” sitesinden “Numbers” alt başlığından “Random Integer Generator” yönteminden yararlanarak 1-76 arasında tek gruplu sütunlar oluşturulmuştur. Sütunda 1 ve 2 rakamları

gözetilerek, kadınlar 1 ve 2 numaralarına göre deney ve kontrol grubuna randomize olarak atanmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmek
- 45-54 yaş arasında olmak
- Adet düzensizliği başlamış veya adet görmüyor olmak
- Vazomotor yakınmaları olmak
- Adetten kesilme süresini en fazla 2 yıl geçmiş olmak
- Okuma-yazma bilmek
- Doğal menopozal dönemde olmak
- Kronik hastalığı olmamak

Araştırmaya dahil olmama kriterleri

- Hormon tedavisi alıyor olmak
- Cerrahi menopozda olmak

Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan deney grubundaki kadınların yaş ortalaması $48,69 \pm 2,83$, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $49,53 \pm 3,12$ olarak bulunmuştur ($t=-1,132$; $p=0,262$). Çalışmaya katılan deney grubundaki kadınların evlilik sürelerinin $27,16 \pm 6,57$, kontrol grubundaki kadınların evlilik sürelerinin $31,16 \pm 4,90$ olduğu belirlenmiştir ($t=-2,75$, $p=0.008$).

Çizelge 2.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.

Demografik değişkenler	Deney	Kontrol	Toplam	χ^2	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Eğitim durumu					
Okuryazar/ilkokul	26 (81,3)	26 (81,3)	52 (81,3)	0,000	1,000
Ortaokul ve üzeri	6 (18,8)	6 (18,8)	6 (18,8)		
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	32 (100,0)	29 (90,6)	61 (95,3)	3,148	0,119
Çalışıyor	-	3 (9,4)	3 (4,7)		
Aile tipi					
Çekirdek	23 (71,9)	22 (68,8)	45 (70,3)	0,075	0,784
Geniş	9 (28,1)	10 (31,3)	19 (29,7)		
Gelir					
Giderden az	14 (43,8)	17 (53,1)	31 (48,4)	0,563	0,453
Eşit veya fazla	18 (56,3)	15 (46,9)	33 (51,6)		
Sigara					
Kullanmıyor	26 (81,3)	30 (93,8)	56 (87,5)	2,28	0,131
Kullanıyor	6 (18,8)	2 (6,3)	8 (12,5)		
Egzersiz					
Yapmıyor	23 (71,9)	25 (78,1)	48 (75,0)	0,333	0,564
Yapıyor	9 (28,1)	7 (21,9)	16 (25,0)		

Çizelge 2.2. Kadınların Bazı Menopozal Dönem Özelliklerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.

	Deney	Kontrol	Toplam	χ^2	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Kadının Menopozal Dönem Algısı					
Olumlu	11 (34,4)	14 (43,8)	25 (39,1)	0,591	0,442
Olumsuz	21 (65,6)	18 (56,3)	39 (60,9)		
Kadının Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumu					
Evet	8 (25,0)	11 (34,4)	19 (29,7)	0,674	0,412
Hayır	24 (75,0)	21 (65,6)	45 (70,3)		
Menopozal dönemde aile desteğiniz var mı?					
Hayır	8 (25,0)	5 (15,6)	13 (20,3)	1,51	0,470
Evet	20 (62,5)	20 (62,5)	40 (62,5)		
Bazen	4 (12,5)	7 (21,9)	11 (17,2)		
Aileniz duygularınıza önem verir mi?					
Hayır	6 (18,8)	3 (9,4)	9 (14,1)	1,23	0,540
Evet	18 (56,3)	21 (65,6)	39 (60,9)		
Bazen	8 (25,0)	8 (25,0)	16 (25,0)		
Menopozal geçişinizi kolaylaştırıcılar var mı?					
Evet	14 (43,8)	11 (34,4)	25 (39,1)	0,591	0,442
Hayır	18 (56,3)	21 (65,6)	39 (60,9)		
Menopozal geçişinizi zorlaştırıcılar var mı?					
Evet	13 (40,6)	15 (46,9)	28 (43,8)	0,254	0,801
Hayır	19 (59,4)	17 (53,1)	36 (56,3)		

2.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Yaş, evlilik süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, sigara kullanma, kronik hastalık varlığı, düzenli egzersiz yapma (haftada en az 3 kez ve en az 30 dakika yürüyüş, yüzme veya plates yapılması durumu “fiziksel aktivite var” olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 2010)), doğurganlık öyküsü, son adet tarihi, menopoza yönelik algısı, yakın çevresinin menopoza yönelik algısı, toplumun menopoza yönelik algısı, menopozal döneme yönelik bilgi alma ve menopozal dönemde yakın çevresindeki destek ve engellerin değerlendirildiği 21 sorudan oluşmaktadır (Ek-1.).

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hilditch ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (Hilditch ve ark., 1996). Kharbouch ve Şahin tarafından geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılarak Türk toplumuna uyarlanan MÖYKÖ (Ek-2.) kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopozda sağlık durumuna özgü yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup 29 soru içeren likert tipi ölçektir. Ölçekte yer alan her bir soru için kadınlardan geçen ay bu konuda

sorun yaşıyıp yaşamadıklarını belirtmeleri istenmektedir. Sorun yaşadılarsa bu sorunun onları ne derece rahatsız ettiğini işaretlemeleri istenmektedir. Sorun yaşayan kadınlardan yaşadıkları sorun onları rahatsız etmiyorsa “0”ı işaretlemeleri, rahatsız ediyorsa 1’den 6’ya kadar bu sorunun şiddetini derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin analizi için madde puanları 1 ile 8 arasında değişen puanlara dönüştürülmektedir. Sorun yaşamadıklarını işaretleyen kadınlar 1 puan, sorun yaşadığını ancak sorunun rahatsız etmediğini belirten kadınlar 2 puan, sorun yaşıyıp derecesini 1-6 arasında işaretleyen kadınlar 3-8 puan almaktadır. Maddelerden alınan 1 puan, o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını, 2 puan o problemin var olduğunu ancak hiç rahatsız edici olmadığını gösterir. 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini gösterir. Puanlar arttıkça yakınmanın şiddeti de artmakta, menopoza özgü yaşam kalitesi düşmektedir. Ölçek “vazomotor”, “psikososyal”, “fiziksel” ve “cinsel” olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Vazomotor alan (1, 2, 3. sorular) sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığı ve şiddetini değerlendirir. Psikososyal alan (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. sorular) sinirlilik, hafıza, üzgün ve neşesiz hissetme gibi sorunların varlığını ve şiddetini ölçer. Fiziksel alan (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. sorular), şişkinlik, gaz ağrısı, uyku sorunları, enerjide azalma, kilo alma, cilt değişiklikleri ve üriner sorunlar gibi genel semptomların varlığını ve şiddetini değerlendirir. Cinsel alan ise (27, 28, 29. sorular) cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtilerin varlığını ve şiddetini ölçer.

Menopoz semptomlarının ölçülmesinde kullanılan ve kullanımı ABD’de oldukça popüler olan MÖYKÖ çok fazla kabul görmüş ve oldukça fazla çalışmada

kullanılmıştır (Chaikittisilpa ve ark., 2013; Davis ve ark., 2014; Kutheerawong ve Vichinsartvichai, 2017; Kulasingam ve ark., 2008; Radtke ve ark., 2011; Sydora ve ark., 2016; Van Dole ve ark., 2012; Winnie ve Florence, 2017; Williams ve ark., 2009). Sydora ve ark. (2016) çalışmasında MÖYKÖ' nün araştırma ve klinik uygulamalarda kullanım kapsamını tanımlamak için literatür taraması yapmıştır. Literatür taramasında 39 ülkeyi kapsayan MÖYKÖ'nün 25'ten fazla dile çevrilerek kullanıldığı çeşitli çalışma tasarımlarına uygun 220 makale incelemişlerdir. Çalışmalarının sonucunda MÖYKÖ'nün klinik ve epidemiyolojik araştırmalarda sürekli artan bir şekilde kullanıldığını tespit etmişlerdir.

Kharbouch ve Şahin ölçeğin iç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısını vazomotor alan için 0,73; psikososyal alan için 0,84; fiziksel alan için 0,88 ve cinsel alan için 0,84 olarak bulmuşlardır (Kharbouch ve Şahin, 2007). Bu çalışma için ön test Cronbach Alpha katsayısı vazomotor alan için 0,72 psikososyal alan için 0,76 fiziksel alan için 0,83 ve cinsel alan için 0,90 olarak bulunmuştur. Son test Cronbach Alpha katsayısı vazomotor alan için 0,82 psikososyal alan için 0,81 fiziksel alan için 0,80 ve cinsel alan için 0,88 olarak bulunmuştur. MÖYKÖ ön test Cronbach Alpha katsayısının 0,89, son test 0,88 olduğu saptanmıştır.

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken

Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları çalışmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişken

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı çalışmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

2.6. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci

Deney Grubu

Deney grubu için tanışma toplantısı yapılmıştır ve uygulanacak programın tarihleri belirlenmiştir. Deney grubuna Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları haftada iki saat olmak üzere, beş hafta süren bir programla gerçekleştirilmiştir. Program başlamadan önce araştırmaya dahil edilen kadınlardan Kişisel Bilgi Formu ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni ve program bittikten sonra da Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Öleğ'ni tekrar doldurmaları istenerek araştırmanın verileri toplanmıştır.

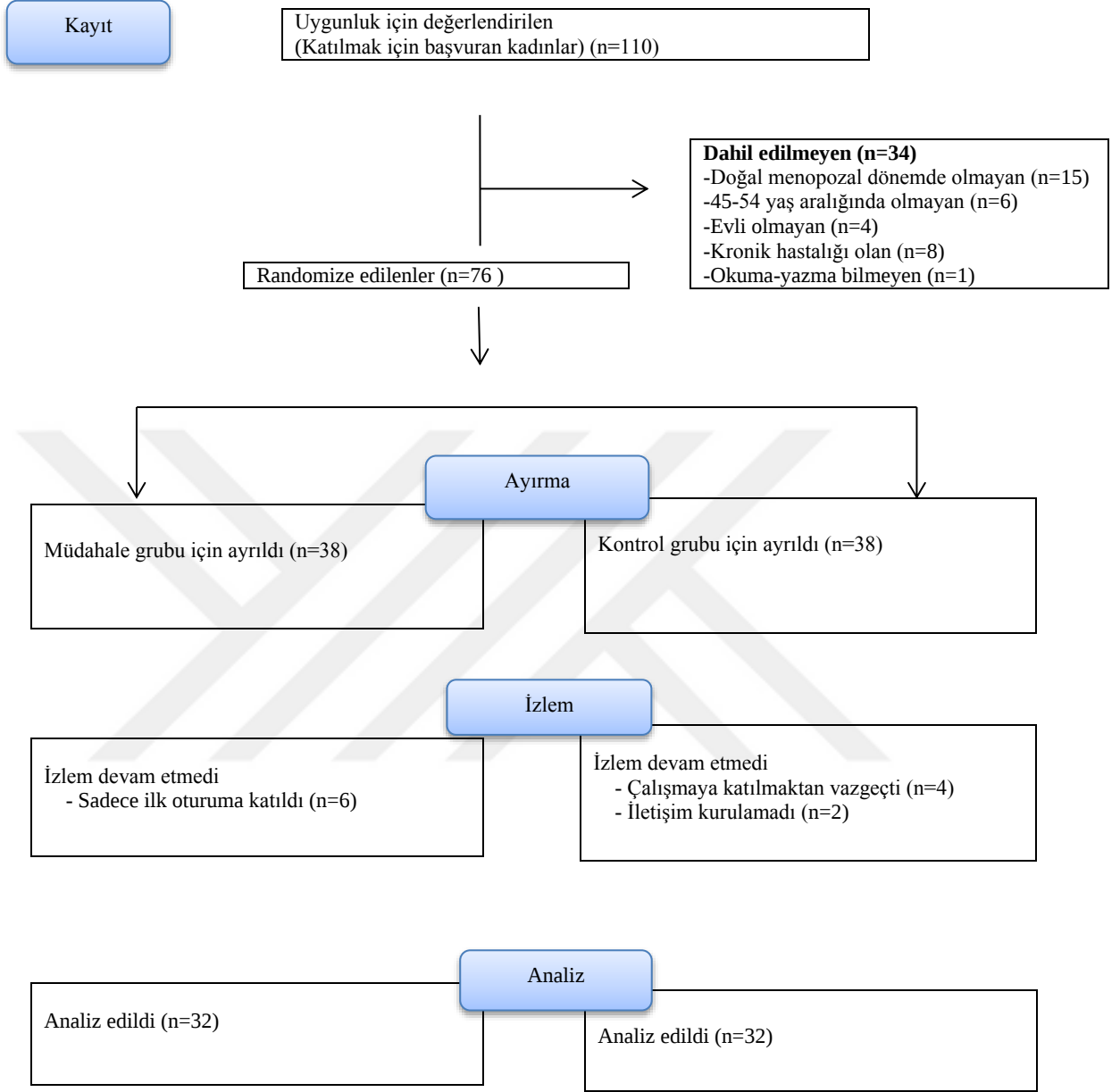
Kontrol Grubu

Kontrol grubu için yapılan tanışma toplantısında çalışmanın amacı açıklanmış, uygulanacak hemşirelik yaklaşımlarının beş hafta sonra uygulanacağı bilgisi verilmiş ve tanışma toplantısında ön test uygulanmıştır. Beş hafta sonra

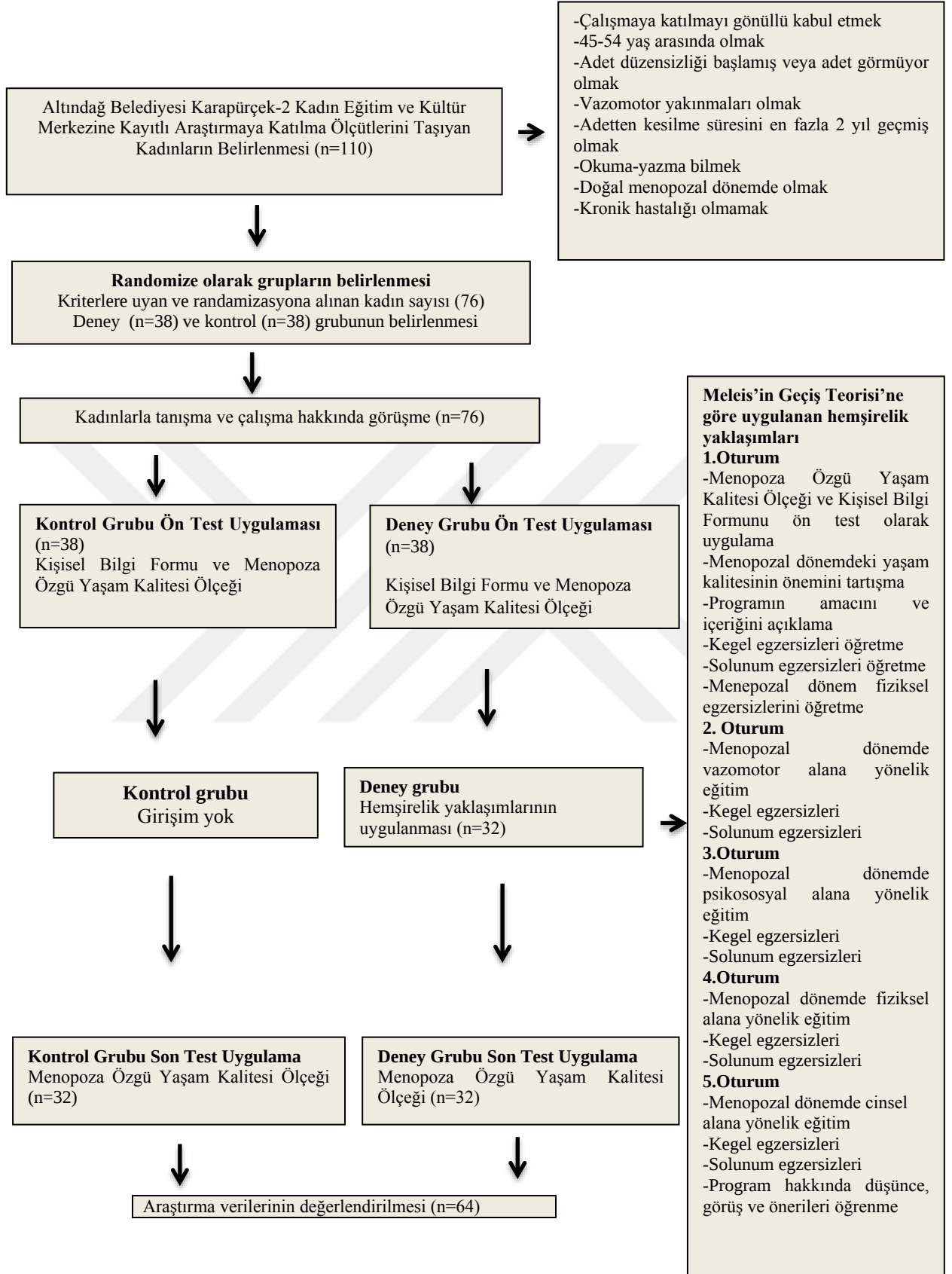
hemşirelik yaklaşımları uygulanmadan önce, kontrol grubundaki kadınların son test uygulamaları yapılmıştır. Veri toplama araçları ön test ve son test uygulamalarında deney ve kontrol grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından dağıtılmış ve ilgili alanlar işaretledikten/doldurduktan sonra geri toplanmıştır. Bir veri toplama aracını doldurmak yaklaşık olarak 10 dakika sürmüştür.

Araştırmanın CONSORT 2010 Akış Diyagramı Şekil 2.1. ve Araştırma Planı Şekil 2.2.'de yer almaktadır.





Şekil 2.1. CONSORT 2010 Akış Diyagramı (CONSORT Akış Diyagramı, 2010)



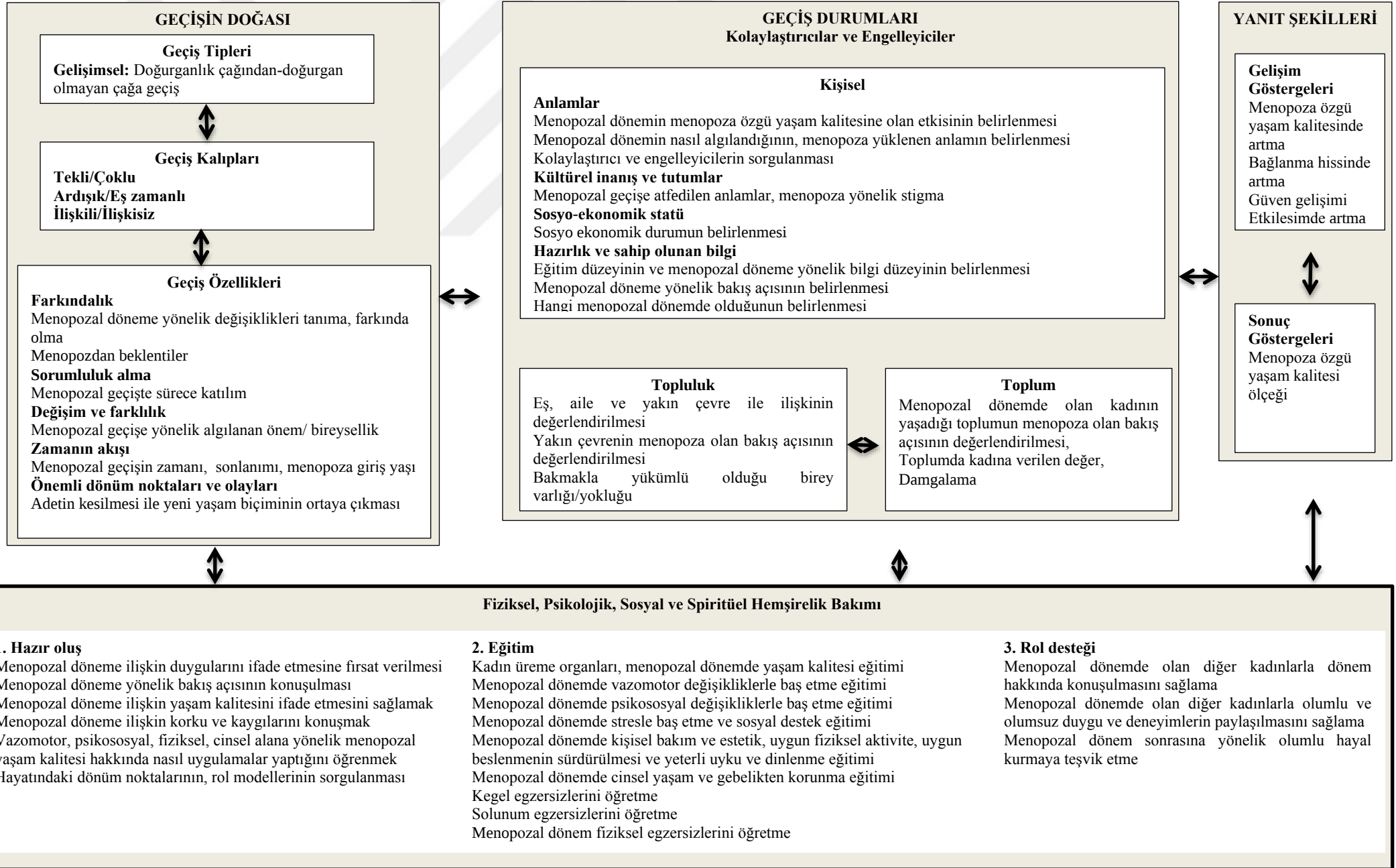
Şekil 2.2. Araştırma Planı.

2.7. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Eğitim Kitapçığı

Meleis'in geçiş teorisine göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları için oluşturulan menopozal dönemde yaşam kalitesi eğitim kitapçığı alanında uzman beş öğretim üyesinden uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Çalışmaya katılan tüm deney grubundaki kadınlara eğitimin ilk haftasında, kontrol grubundaki kadınlara ise son test uygulamaları bittikten sonra verilmiştir. Kitapçığın içerik başlıkları; menopozal dönemin özellikleri, menopozal dönemde vazomotor değişiklikler, menopozal dönemde psikososyal değişiklikler, menopozal dönemde fiziksel değişiklikler, menopozal dönemde cinsel yaşam ve menopozal dönemde kadınlar için önemli önerilerdir (Ek-3.).

2.8. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımları

Kadınların menopozal geçişlerini kolaylaştırmak ve başarılı bir menopozal dönem geçişi gerçekleştirmelerini sağlamak amacıyla uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının Meleis'in Geçiş Teorisi basamaklarına göre içerikleri Şekil 2.3.'de yer almaktadır. Menopozal geçiş yaşayan kadınlar için geçiş sürecinin özelliklerini destekleyen hemşirelik yaklaşımları Çizelge 2.3.'de, geçiş durumlarını destekleyen hemşirelik yaklaşımları Çizelge 2.4.'de, yanıt şekillerini destekleyen hemşirelik yaklaşımları Çizelge 2.5.'de ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımını destekleyen hemşirelik yaklaşımları Çizelge 2.6.'da verilmiştir.



Şekil 2.3. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Kavramsal, Teorik ve Girişimsel Çerçevesi

Çizelge 2.3. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınlar için Geçiş Sürecinin Özelliklerini Destekleyen Hemşirelik Yaklaşımları.

GEÇİŞİN DOĞASI

Geçiş Özellikleri

Farkındalık

Menopozal geçiş yaşayan kadın, ailesi, ihtiyaçları ve istekleri çerçevesinde bir bütün olarak ele alındı.

Bireysel menopozal durumu belirlendi.

Bireysel ihtiyaçlarına yönelik girişimler için birlikte plan yapıldı.

Menopoz geçişinin farkında olup olmadığı belirlendi.

Başarılı bir geçiş yaşaması için işbirliği yapıldı.

Sorumluluk Alma

Kadınların birbirleriyle deneyimlerini paylaşmaları ve iletişim kurmaları sağlandı.

Kadınların katılımını da destekleyen eğitim programı hazırlandı.

Kadınların eğitime eksiksiz olarak katılımlarını sürdürmeleri sağlandı.

Değişim ve Farklılık

Menopozal geçişin kadınlar için ne gibi değişikliklere sebep olduğu, olabileceği konuşuldu.

Değişen değerlerinin/yaşam tarzının anlamı ve değişim hakkında ne hissettiği tartışıldı.

Diğer aile üyelerinin menopoz geçişi hakkında ne düşündükleri, eşin, arkadaş ve akrabaların desteği olup olmadığı tartışıldı.

Zaman Akışı/Geçiş

Menopoz geçişi yaşayan kadın zaman yönetimi için desteklendi.

Menopoz geçişinin semptomlarının her kadında farklı seyrettiği örneklerle tartışıldı.

Önemli Dönüm Noktaları ve Olaylar

Menopoz geçişi için önemli dönüm noktalarının neler olduğu tartışıldı.

Sağlıklı bir geçiş geçirmek için gerekli olan değişiklikleri başlatmak için desteklendiler.

Yeni rutinlerde, becerilerde, yaşam tarzlarında değişiklik yapmaları desteklendi.

Değişimin getirdiği sorunlarla başa çıkmanın yeni yollarını bulmak için eski tutumların ve kökleşmiş rollerin değiştirilmesi, yeni becerilerin kazanılması desteklendi.

Duygusal sıkıntıları ve belirsizlikler tartışıldı.

Çizelge 2.4. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınlar için Geçiş Durumlarını Destekleyen Hemşirelik Yaklaşımları.

GEÇİŞ DURUMLARI: KOLAYLAŞTIRICILAR ve ENGELLEYİCİLER
Kişisel
Anlamlar
Menopoz geçişinin yaşamları üzerindeki olası etkileri tartışıldı.
Menopozla atfettikleri anlamlar (pozitif, negatif veya nötr) tartışıldı.
Kültürel inanış/tutumlar
Kadınların menopoz hakkındaki düşüncelerini ifade etmeleri sağlandı.
Eş, akraba, arkadaş ve çevrelerinde menopozun nasıl karşılandığı tartışıldı.
Menopoz deneyimine karşı olan, damgalanmayı azaltmak için duygularını ifade etmeleri sağlandı.
Menopoz geçişine yönelik kültürel inanç, tutum, gelenek ve görenekler tartışıldı.
Sosyoekonomik statü
Sosyoekonomik faktörler göz önünde bulundurularak menopozal geçişin etkilenip etkilenmediği tartışıldı.
Hazırlık ve sahip olunan bilgi
Geçişe ilişkin hazırlık ve bilgi düzeyini arttırmaya yönelik eğitim verildi.
Menopoz geçişi sırasında onları nelerin beklediği ve geçişi nasıl yönetilebileceklerine dair eğitim verildi.
Kadınlar duygularını önemseyen ve düşüncelerini paylaşabilecekleri güvenilir bir insan bulmaya teşvik edildi.
Topluluk
Yetersiz desteğe sahip olduklarını algılayan kadınlar için, destek alabilecekleri topluluk faaliyetleri hakkında bilgi verildi.
Toplum
Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, damgalanma gibi menopozal geçişi etkileyeceği düşünülen toplumsal kolaylaştırıcılar ve engelleyiciler tartışıldı.

Çizelge 2.5. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınların Yanıt Şekillerini Destekleyen Hemşirelik Yaklaşımları.

YANIT ŞEKİLLERİ

Gelişim Göstergeleri

Bağlanma hissi

Menopoz geçişlerini kolaylaştırmak, dönem hakkında yeterli bilgi ve desteğe sahip olmalarını sağlamak amacı ile fiziksel, sosyal, psikolojik, cinsel alanda eğitimlerle destek sağlandı.

Menopoz geçişi ile ilgili sorulara cevap verebilecek, rahatça bağlanabilecekleri sağlık profesyoneli konumunda hizmet verilerek/davranışlarda bulunarak bağlanma hissetmeleri desteklendi.

Güven gelişiminin sağlanmasına özen gösterildi, tutarlı davranışlar sergilendi.

Eğitimdeki menopoz geçişi deneyimleyen kadınların birbirleri ile sosyal ilişkilerini sürdürmeleri önerildi.

Etkileşimler

Menopozal geçişte sağlık personeli ile etkileşimin sürekliliğinin önemi vurgulandı.

Menopozal geçiş deneyimleyen kadınların birbirleri ile etkileşimlerini sürdürmelerinin önemi vurgulandı.

Yer ve konum

Geçiş öncesi ile geçişte yaşadıkları deneyimler arasında karşılaştırmalar yaptıklarında nelerin değiştiği tartışıldı (örneğin geçişin cinsel yaşamında meydana getirdiği değişiklikler).

Özgüven ve baş etmenin gelişmesi

Kadınların kapasitesinin ne kadarını kullanıldığını ve desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları belirlendi.

İhtiyaçlarını temel alan sağlık hizmetlerine ulaşmaları için desteklendi.

Sonuç Göstergeleri

Yeterlilik

Geçiş yönetmek için gereken becerileri geliştirmek amacıyla eğitimler verildi.

Geçiş yaşayan bireylerin kendi yeteneklerini kullanabilmek için karar vermeleri desteklendi.

Esnek Kimlik Gelişimi

Geçiş sürecini desteklemek için bireylerin geçiş deneyimleri dinlendi.

Menopozal dönem sonrasında onları bekleyen yeni kimliklerinin özellikleri anlatıldı, tartışıldı, bu konuda olumlu hayal kurmaları desteklendi.

Çizelge 2.6. Menopozal Geçiş Yaşayan Kadınların Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı

Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı

Hazır Oluş

Kadınların menopozal döneme ilişkin duygularını ifade etmelerine fırsat verildi.

Menopozal döneme yönelik bakış açıları hakkında konuşuldu.

Menopozal döneme ilişkin yaşam kalitesini ifade etmeleri sağlandı.

Menopozal döneme ilişkin korku ve kaygıları konuşuldu.

Vazomotor, psikososyal, fiziksel, cinsel alana yönelik menopozal dönemde yaşam kalitesi hakkında nasıl uygulamalar yaptıkları tartışıldı.

Hayatlarındaki dönüm noktaları, rol modelleri sorgulandı.

Eğitim

Kadın üreme organları, menopozal dönemde yaşam kalitesi eğitimi verildi.

Menopozal dönemde vazomotor değişiklikler ve değişikliklerle baş etme eğitimi verildi.

Menopozal dönemde psikososyal değişikliklerle baş etme eğitimi verildi.

Stresle baş etme ve sosyal destek eğitimi verildi.

Menopozal dönemde kişisel bakım ve estetik, uygun fiziksel aktivite, uygun beslenmenin sürdürülmesi, yeterli uyku ve dinlenme eğitimi verildi.

Menopozal dönemde cinsel yaşam ve gebelikten korunma eğitimi verildi.

Kegel egzersizleri eğitimi verildi.

Solunum egzersizleri eğitimi verildi.

Menopozal dönem fiziksel egzersiz eğitimi verildi.

Rol Desteği

Menopozal dönemde olan diğer kadınlarla iletişimin, olumlu ve olumsuz duygu ve deneyimlerin paylaşılması sağlandı.

Menopozal dönem sonrasına yönelik olumlu hayal kurmaları sağlandı.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi ve tabloların oluşturulması amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21 kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler) için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin (nitel değişkenler) sunumu için ise frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan ortalaması alınmıştır. Kategorik değişkenlerin istatistiksel değerlendirmesinde ki-kare (X^2) testi kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında ilk olarak parametrik test koşullarının (normal dağılıma uygunluğun araştırılması) sağlanıp sağlanmadığı araştırılmıştır. İki grubun karşılaştırılması amacıyla parametrik test koşullarının sağlandığı değişkenler için Student's t testi, parametrik test koşullarının sağlanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Deney grubuna uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının etkililiğini değerlendirmek amacıyla, deney ve kontrol gruplarının ön test ve son test ölçek puanlarının analizinde “Tekrarlı Ölçümler İki Faktörlü Varyans Analizi” kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutları ve geneline ilişkin güvenirliği Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiştir. Bütün istatistiksel analizlerde istatistiksel anlamlılık seviyesi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

2.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan kurum izni Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ile Altındağ Belediye Başkanlığı arasında imzalanan İş

Birliği Protokolü kapsamında alınmıştır (22/11/2017 tarih ve 82286560-748.01.01.03) (Ek-4.). Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (20/11/2017 tarih ve 319 karar sayılı) etik kurul onayı alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya katılacak olan kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır (Ek-6). Deney grubunda yer alan kadınlara uygulanan hemşirelik yaklaşımları bittikten sonra kontrol grubunda olan kadınlara ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymayan (örneğin doğal menopozda olmayan 15 kadın, kronik hastalığı olan 8 kadın) kadınlara bir oturumluk menopozal dönemde yaşam kalitesini arttırmaya yönelik eğitim programı uygulanmıştır.

Araştırmanın çalışma takvimi Şekil 2.4.'de verilmiştir.

Haziran 2019																							
Mayıs 2019																							
Nisan 2019																							
Mart 2019																							
Şubat 2019																							
Ocak 2019																							
Aralık 2018																							
Kasım 2018																							
Ekim 2018																							
Eylül 2018																							
Ağustos 2018																							
Temmuz 2018																							
Haziran 2018																							
Mayıs 2018																							
Nisan 2018																							
Mart 2018																							
Şubat 2018																							
Ocak 2018																							
Aralık 2017																							
Kasım 2017																							
Ekim 2017																							
Eylül 2017																							
	Tez önerisi hazırlama																						
	Gerekli etik ve kurum izinlerinin alınması																						
	Genel bilgiler bölümünün oluşturulması, Hemşirelik yaklaşımlarının hazırlanması																						
	Hemşirelik yaklaşımlarının uygulanması																						
	Verilerin analizi ve değerlendirilmesi																						
	Tez raporunun hazırlanması																						

Şekil 2.4. Çalışma takvimi.

3. BULGULAR

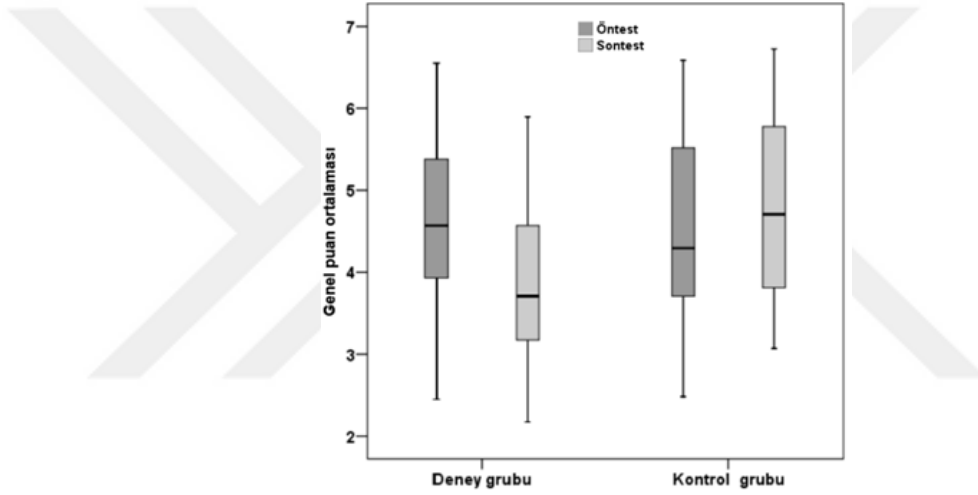
Bu tez çalışmasının örneklemini oluşturan kadınların, MÖYKÖ'den aldığı puanların dağılımı Çizelge 3.1.'de verilmiştir. Çizelgede deney ve kontrol grubu kadınların MÖYKÖ alt boyutlarını oluşturan maddelerin ön test son test puan ortalamaları aşağıda sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerinin Ön Test Son Test Puan Ortalamaları.

MÖYKÖ MADDELER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$
VAZOMOTOR ALT BOYUT	4,39±1,84	3,58±1,52	5,00±1,90	5,13±1,91
1. Sıcak basması	4,94±1,93	4,25±1,59	5,50±2,17	5,59±2,12
2. Gece terlemesi	4,06±2,41	3,12±2,00	4,63±2,59	4,94±2,35
3. Terleme	4,16±2,53	3,37±1,88	4,88±2,37	4,84±2,37
PSİKOSOSYAL ALT BOYUT	4,39±1,19	3,58±0,98	4,46±1,66	4,71±1,65
4. Hayatından memnun olmama	3,97±2,26	3,16±1,82	3,97±2,57	4,28±2,61
5. Endişeli ve gergin hissetme	4,66±2,15	4,06±1,72	5,44±2,02	5,38±2,04
6. Hafızada zayıflama	4,97±1,69	4,72±1,33	4,78±2,03	4,88±2,03
7. Daha az başarılı hissetme	4,84±2,19	3,37±1,90	4,16±2,50	4,59±2,35
8. Depresif, üzgün ve bezgin hissetme	4,78±1,83	3,69±1,35	4,97±2,32	5,06±2,31
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük	3,63±2,21	3,03±1,75	3,84±2,63	4,37±2,61
10. Yalnız kalma isteği	3,91±2,08	3,00±1,88	4,09±2,88	4,41±2,73
FİZİKSEL ALT BOYUT	4,59±1,16	3,96±1,44	4,49±1,16	4,71±1,11
11. Gaz ağrıları	4,00±2,14	3,22±2,18	4,00±2,70	4,25±2,75
12. Kas ve eklem ağrısı	5,53±2,05	4,66±1,91	5,84±1,76	6,00±1,70
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	5,97±1,82	4,41±1,79	6,13±1,54	6,25±1,48
14. Uyuma güçlüğü	4,72±2,33	3,69±1,93	4,78±2,62	5,00±2,59
15. Baş ve boyun ağrı	4,47±2,24	3,78±2,17	5,22±2,00	5,22±1,96
16. Fiziksel güçte azalma	5,25±1,76	4,22±1,72	4,97±1,98	5,28±1,69
17. Dayanma gücünde azalma	4,87±1,96	3,97±1,64	4,81±2,10	5,09±2,13
18. Enerjide azalma hissi	4,75±2,26	3,94±1,81	4,59±2,01	5,03±1,82
19. Ciltte kuruluk	4,78±2,25	6,19±9,11	4,16±2,30	4,25±2,41
20. Kilo alma	4,50±2,45	3,87±2,34	4,44±2,11	4,69±2,13
21. Yüz tüylerinde artma	2,28±2,05	2,03±1,91	1,81±1,33	1,84±1,44
22. Cilt görünümünde değişiklik	3,62±2,31	3,28±2,07	2,44±1,76	2,53±1,83
23. Şişkinlik hissi	4,84±2,10	4,03±2,12	4,88±2,21	4,91±2,31
24. Bel ağrısı	4,94±1,81	4,53±2,03	5,03±1,87	5,38±1,56
25. Sık idrara çıkma	4,62±2,79	4,19±2,43	4,19±2,28	4,37±2,30
26. Gülerken/öksürürken idrar kaçırma	4,25±2,83	3,38±2,55	4,63±2,39	5,19±2,35
CİNSEL ALT BOYUT	5,44±2,02	4,42±1,81	4,81±2,43	5,29±2,27
27. Cinsel istekte değişiklik	5,34±2,21	4,38±2,11	4,56±2,78	5,13±2,54
28. Vajinada kuruluk	5,19±2,33	4,25±2,03	4,31±2,78	4,84±2,68
29. Cinsel istekte azalma	5,78±2,11	4,62±1,98	5,56±2,47	5,91±2,35
MÖYKÖ TOPLAM	4,61±1,00	3,88±1,10	4,57±1,18	4,81±1,10

3.1. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanları

Deney grubunda yer alan bireylerin MÖYKÖ puan ortalamasının ön testte $4,61 \pm 1,00$ olduğu, son testte ise bu puan ortalamasının $3,88 \pm 1,10$ olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu bireylerde ise MÖYKÖ puan ortalaması ön testte $4,57 \pm 1,18$, son testte ise $4,81 \pm 1,10$ 'dur (Çizelge 3.1). Deney ve kontrol grubunun ortalama puanlarındaki değişim Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.



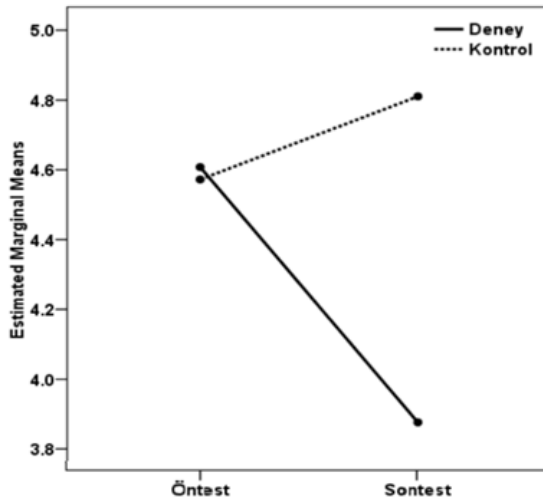
Şekil 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Değişimi.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test son test MÖYKÖ puanlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 3.2.'de verilmiştir.

Çizelge 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test MÖYKÖ Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.

Kaynak	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	P
Genel	64				
Grup (Deney/Kontrol)	1	6,461	6,461	2,917	0,093
Ölçüm (Öntest / Sontest)	1	1,949	1,949	10,535	0.002
Grup x ölçüm	1	7,525	7,525	40,682	<0,001
Denekler arası hata	62	137,338	2,215		
Denekler içi hata	62	11,467	0,185		

Çizelge 3.2.'de verilen varyans analizi sonuçlarına göre, MÖYKÖ puanları açısından grup (deney ve kontrol) ile ölçüm (öntest ve sontest) ortak etkisi (etkileşim) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İlgili gösterim Şekil 3.2.'de verilmiştir.



Şekil 3.2. MÖYKÖ Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.

Çizelge 3.2’de verilen varyans analizi sonuçlarından ve Şekil 3.2.’de verilen gösterim, bireylere uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının etkili olduğu, deney ve kontrol grubu bireylerin MÖYKÖ puanlarının ön test son test değişimlerinin benzer olmadığı tespit edilmiştir. Etkileşim anlamlı olduğu için alt grup analizleri yapılmış ve sonuçlar Çizelge 3.3.’da gösterilmiştir.

Çizelge 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının MÖYKÖ Puanları.

Grup	Ön test			Son test			T ^a	P-değeri
	$\bar{X}$	$\pm$	SS	$\bar{X}$	$\pm$	SS		
Deney (n=32)	4,61	$\pm 1,00$		3,88	$\pm 1,10$		4,100	<0,001
Kontrol (n=32)	4,57	$\pm 1,18$		4,81	$\pm 1,10$		-0,840	0,030
T ^b = 0.130 P=0,897				T ^b = 3,402 P=0,001				

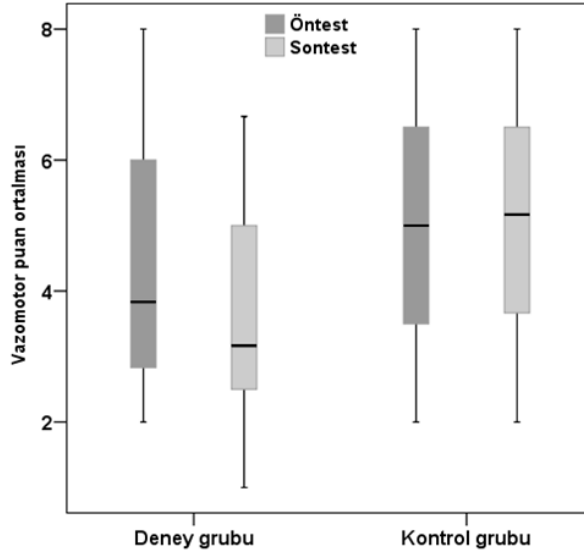
a: Bağımlı gruplar T-testi

b: Bağımsız gruplar T-testi

Deney ve kontrol grubunda ön test son test MÖYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Uygulanan hemşirelik yaklaşımları deney grubunda MÖYKÖ puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Kontrol grubundaki kadınlarda son test MÖYKÖ puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ön test deney ve kontrol grubunun MÖYKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark yokken ($p>0,05$), son test deney grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüştür ($p<0,05$).

3.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Vazomotor Alt Boyut Puanları

Deney grubunda yer alan bireylerin vazomotor alt boyutu puan ortalamasının ön testte $4,39 \pm 1,84$ olduğu, son testte ise bu puan ortalamasının $3,58 \pm 1,52$ olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu bireylerde vazomotor alt boyutu puan ortalaması ön test $5,00 \pm 1,90$, son test $5,13 \pm 1,91$ 'dir (Çizelge 3.1). Deney ve kontrol grubunun ortalama puanlarındaki değişim Şekil 3.3'de gösterilmiştir.



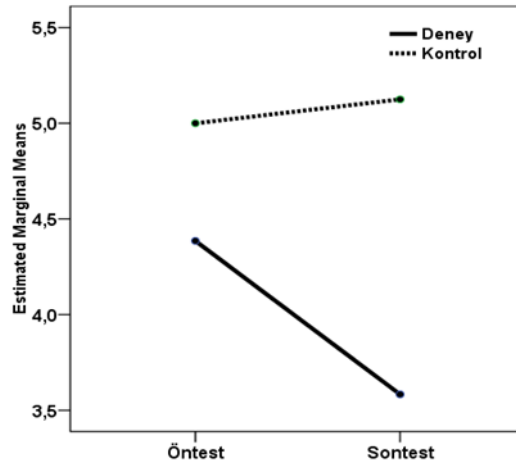
Şekil 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Vazomotor Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test son test vazomotor alt boyutu puanlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 3.4'de verilmiştir.

Çizelge 3.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Vazomotor Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.

Kaynak	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	P
Genel	64				
Grup (Deney/Kontrol)	1	37,195	37,195	6,214	0,015
Ölçüm (Öntest/Sontest)	1	3,668	3,668	7,591	0.008
Grup x ölçüm	1	6,876	6,876	14,231	<0,001
Denekler arası hata	62	371,123	5,986		
Denekler içi hata	62	29,957	0,483		

Çizelge 3.4’de verilen varyans analizi sonuçlarına göre, vazomotor alt boyutu puanları açısından grup (deney ve kontrol) ile ölçüm (öntest ve sontest) ortak etkisi (etkileşim) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İlgili gösterim Şekil 3.4’de verilmiştir.



Şekil 3.4. Vazomotor Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.

Çizelge 3.4’de verilen varyans analizi sonuçlarından ve Şekil 3.4.’de verilen gösterim, bireylere uygulanan hemşirelik yaklaşımının etkili olduğu, deney ve kontrol grubu bireylerin vazomotor alt boyutu puanlarının ön test ve son test değişimlerinin benzer olmadığı tespit edilmiştir. Etkileşim anlamlı olduğu için alt grup analizleri yapılmış ve sonuçlar Çizelge 3.5’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Vazomotor Alt Boyut Puanları.

Grup	Ön test	Son test	T ^a	P-değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney (n=32)	4,39 $\pm$ 1,84	3,58 $\pm$ 1,52	4,100	<0,001
Kontrol (n=32)	5,00 $\pm$ 1,90	5,13 $\pm$ 1,91	-0,840	0,407
	T ^b =-1,316 P=0,193	T ^b =-3,572 P=0,001		

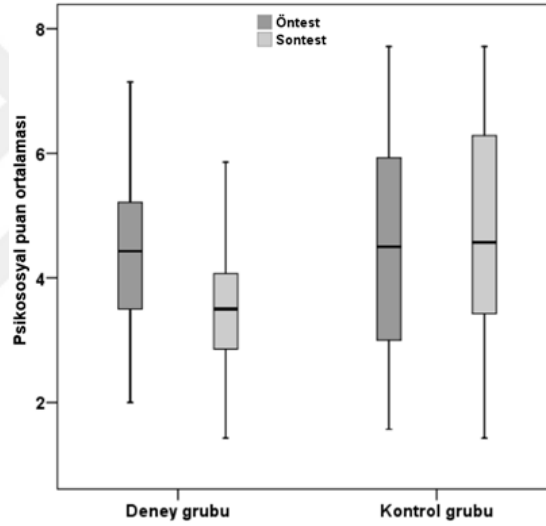
a: Bağımlı gruplar T-testi

b: Bağımsız gruplar T-testi

Deney grubunda ön test son test vazomotor alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunurken ($p<0,05$), kontrol grubunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre uygulanan hemşirelik yaklaşımı deney grubunda vazomotor alt boyutu puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Deney ve kontrol grubunun vazomotor alt boyutu ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark yokken ($p>0,05$), deney grubunun son test puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüştür ($p<0,05$).

3.3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikososyal Alt Boyut Puanları

Deney grubunda yer alan bireylerin psikososyal alt boyutu puan ortalamasının ön testte $4,39 \pm 1,19$ olduğu, son testte ise puan ortalamasının $3,58 \pm 0,98$ olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu bireylerde ise, psikososyal alt boyutu puan ortalaması ön testte $4,46 \pm 1,66$, son testte ise $4,71 \pm 1,65$ 'dir (Çizelge 3.1.). Deney ve kontrol grubunun ortalama puanlarındaki değişim Şekil 3.5.'de gösterilmiştir.



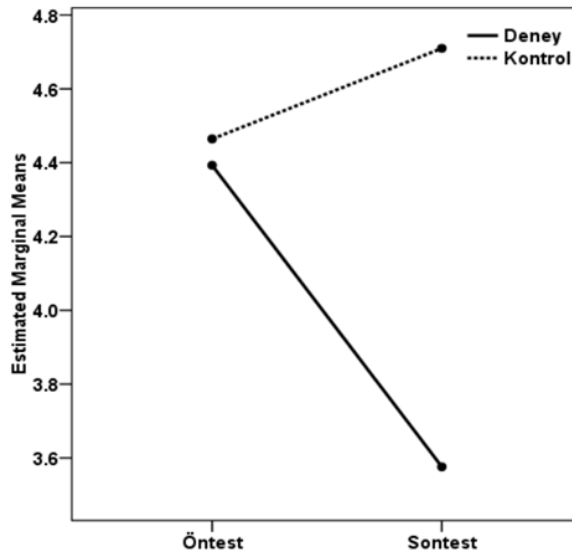
Şekil 3.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Psikososyal Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test son test psikososyal alt boyutu puanlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 3.6'da verilmiştir.

Çizelge 3.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Psikososyal Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.

Kaynak	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	P
Genel	64				
Grup (Deney/Kontrol)	1	11,623	11,623	3,237	0,077
Ölçüm (Öntest / Sontest)	1	2,612	2,612	7,815	0.007
Grup x ölçüm	1	9,031	9,031	27,019	<0,001
Denekler arası hata	62	222,622	3,591		
Denekler içi hata	62	20,724	0,334		

Çizelge 3.6’da verilen varyans analizi sonuçlarına göre, psikososyal alt boyutu puanları açısından grup (deney ve kontrol) ile ölçüm (öntest ve sontest) ortak etkisi (etkileşim) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İlgili gösterim Şekil 3.6’da verilmiştir.



Şekil 3.6. Psikososyal Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.

Çizelge 3.6’da verilen varyans analizi sonuçlarından ve Şekil 3.6.’da verilen gösterim, kadınlara uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının etkili olduğu, deney ve kontrol grubu kadınların psikososyal alt boyutu puanlarının ön test son test değişimlerinin benzer olmadığı tespit edilmiştir. Etkileşim anlamlı olduğu için alt grup analizleri yapılmış ve sonuçlar Çizelge 3.7.’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Psikososyal Alt Boyut Puanları.

Grup	Ön test	Son test	T ^a	P-değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney (n=32)	4,39 ± 1,19	3,58 ± 0,98	4,563	<0,001
Kontrol (n=32)	4,46 ± 1,66	4,71 ± 1,65	-2,450	0,094
T ^b = -0,198 P=0,844		T ^b = -3,348 P=0,002		

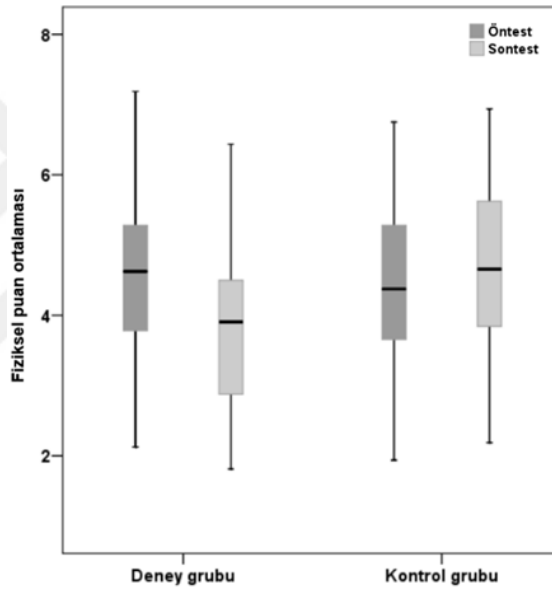
a: Bağımlı gruplar T-testi

b: Bağımsız gruplar T-testi

Deney grubunda ön test son test psikososyal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0,05$), kontrol grubunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları deney grubunda psikososyal alt boyut puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Deney ve kontrol grubunun psikososyal alt boyut ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), s deney grubunun on testte puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüştür ($p<0,05$).

3.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Alt Boyut Puanları

Menopozal dönemdeki kadınların fiziksel alt boyut puan ortalamasının ön testte $4,59 \pm 1,16$ olduğu, son testte $3,96 \pm 1,44$ olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu bireylerde ise, fiziksel alt boyut puan ortalaması ön testte $4,49 \pm 1,16$ son testte ise $4,71 \pm 1,11$ 'dir (Çizelge 3.1). Deney ve kontrol grubundaki kadınların ortalama puanlarındaki değişim Şekil 3.7.'de gösterilmiştir.



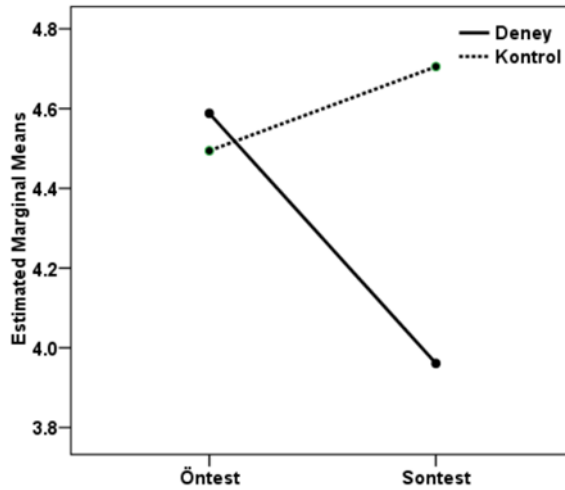
Şekil 3.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Fiziksel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test son test fiziksel alt boyut puanlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 3.8.'de verilmiştir.

Çizelge 3.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Fiziksel Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.

Kaynak	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	P
Genel	64				
Grup (Deney/Kontrol)	1	3,384	3,384	1,239	0,270
Ölçüm (Öntest / Sontest)	1	1,385	1,385	5,135	0,027
Grup x ölçüm	1	5,616	5,616	20,832	<0,001
Denekler arası hata	62	169,278	2,730		
Denekler içi hata	62	16,716	0,270		

Çizelge 3.8’de verilen varyans analizi sonuçlarına göre, fiziksel alt boyut puanları açısından grup (deney ve kontrol) ile ölçüm (öntest ve sontest) ortak etkisi (etkileşim) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İlgili gösterim Şekil 3.8.’de verilmiştir.



Şekil 3.8. Fiziksel Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.

Çizelge 3.8’de verilen varyans analizi sonuçlarından ve Şekil 3.8’de verilen gösterim, kadınlara uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının etkili olduğu, deney ve kontrol grubu bireylerin fiziksel alt boyut puanlarının ön test son test değişimlerinin benzer olmadığı tespit edilmiştir. Etkileşim anlamlı olduğu için alt grup analizleri yapılmış ve sonuçlar Çizelge 3.9’da gösterilmiştir.

Çizelge 3.9. Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Alt Boyut Puanları.

Grup	Ön test	Son test	T ^a	P-değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney (n=32)	4,59 $\pm$ 1,16	3,96 $\pm$ 1,44	4,100	0,001
Kontrol (n=32)	4,49 $\pm$ 1,16	4,71 $\pm$ 1,11	-0,840	0,109
	T ^b = 0,323 P=0,748	T ^b = -2,315 P=0,024		

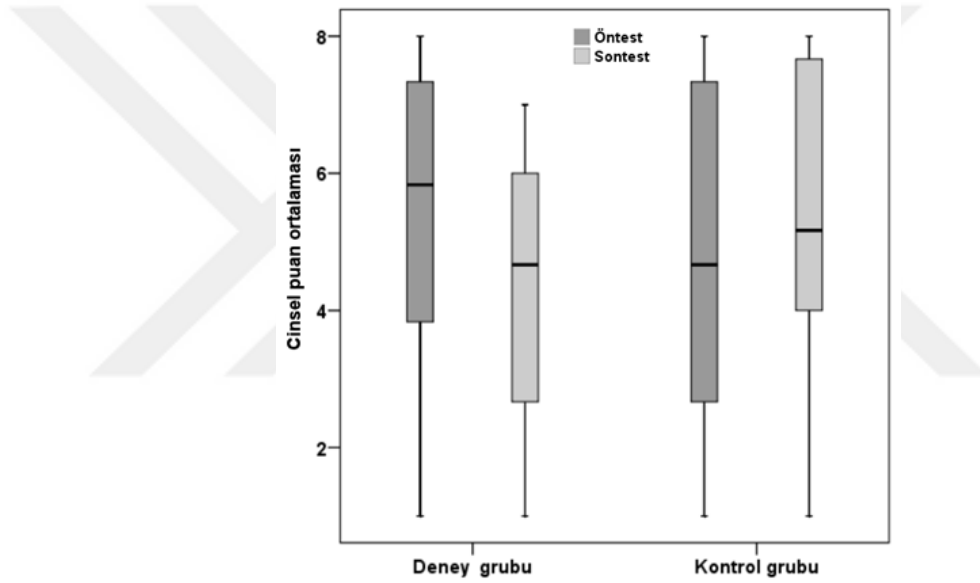
a: Bağımlı gruplar T-testi

b: Bağımsız gruplar T-testi

Deney grubunda ön test son test fiziksel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0,05$), kontrol grubunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Buna göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları deney grubunda fiziksel alt boyut puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Deney ve kontrol grubunun fiziksel alt boyut ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark yokken ($p > 0,05$), deney grubunun son test puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüştür ($p < 0,05$).

3.5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Cinsel Alt Boyut Puanları

Deney grubunda yer alan bireylerin cinsel alt boyut puan ortalamasının ön testte $5,44 \pm 2,02$ olduğu, son testte ise bu puan ortalamasının $4,42 \pm 1,81$ olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu bireylerde ise, cinsel alt boyut puan ortalaması ön testte $4,81 \pm 2,43$, son testte ise $5,29 \pm 2,27$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun ortalama puanlarındaki değişim Şekil 3.9'da gösterilmiştir (Çizelge 3.1).



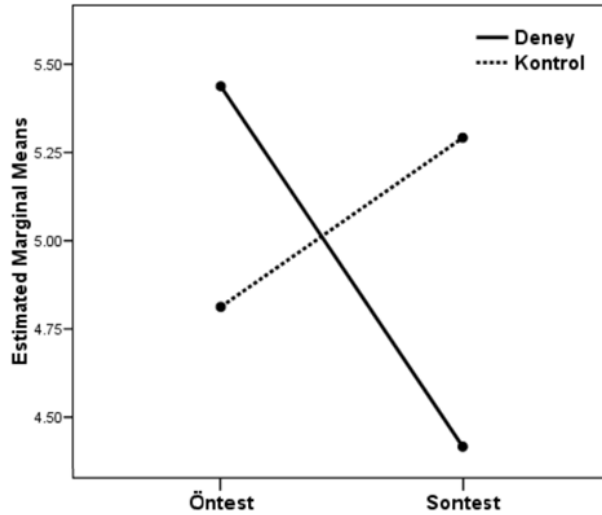
Şekil 3.9. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Cinsel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişimi.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test son test cinsel alt boyut puanlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 3.10'da verilmiştir.

Çizelge 3.10. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Son Test Cinsel Alt Boyut Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları.

Kaynak	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	P
Genel	64				
Grup (Deney/Kontrol)	1	0,500	0,500	0,056	0,813
Ölçüm (Öntest / Sontest)	1	2,347	2,347	6,553	0.013
Grup x ölçüm	1	18,000	18,000	50,251	<0,001
Denekler arası hata	62	549,375	8,861		
Denekler içi hata	62	22,208	0,358		

Çizelge 3.10’da verilen varyans analizi sonuçlarına göre, cinsel alt boyut puanları açısından grup (deney ve kontrol) ile ölçüm (öntest ve sontest) ortak etkisi (etkileşim) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İlgili gösterim Şekil 3.10.’de verilmiştir.



Şekil 3.10. Cinsel Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Ön Test Son Test Değişimi.

Çizelge 3.10’de verilen varyans analizi sonuçlarından ve Şekil 3.10.’de verilen gösterimden, kadınlara uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının, deney ve kontrol grubu bireylerin cinsel alt boyut puanlarının ön test son test değişimlerinin benzer olmadığı tespit edilmiştir. Etkileşim anlamlı olduğu için alt grup analizleri yapılmış ve sonuçlar Çizelge 3.11’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.11. Deney ve Kontrol Gruplarının Cinsel Alt Boyut Puanları.

Grup	Ön test	Son test	T ^a	P-değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney (n=32)	5,44 ± 2,02	4,42 ± 1,81	4,100	<0,001
Kontrol (n=32)	4,81 ± 2,43	5,29 ± 2,27	-0,840	0,002
	T ^b =-1,316 P=0,268	T ^b =-3,572 P= 0,093		

a: Bağımlı gruplar T-testi

b: Bağımsız gruplar T-testi

Deney grubunun cinsel alt boyut ön test son test puan ortalamaları arasında ve kontrol grubunun cinsel alt boyut ön test son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubunun cinsel alt boyut ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun cinsel alt boyut son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Geçişler büyük değişiklikler yaşanan dönemlerdir. Bu dönemlerde yeni beceriler geliştirmek ve yeni durumlarla başa çıkmayı öğrenmek gerekir. Kadın hayatının en önemli ve doğal evrelerinden biri olan menopozal geçiş döneminde yaşanan semptomlar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Blümel ve ark, 2011; Chen ve ark., 2012; Taher ve ark., 2013). Yaşamın her anı bir geçiştir. Sağlık bakım profesyonelleri, yaşamın çeşitli geçişlerden oluştuğunu ve Meleis'in Geçiş Teorisi'nin geçiş yaşayan bireyler için etkili bir kavramsal çerçeve sunduğunu bilmelidir (Korukcu ve Kukulu, 2017).

Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmanın bulguları literatür bilgisi doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

4.1. Menopoza özgü yaşam kalitesi

4.2. Menopozal dönemde vazomotor değişiklikler

4.3. Menopozal dönemde psikososyal değişiklikleri

4.4. Menopozal dönemde fiziksel değişiklikler

4.5. Menopozal dönemde cinsel değişiklikler

4.1. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi

Menopozal dönemdeki yakınmalar kadının yaşam kalitesini etkiler. Yakınmaların yaşam kalitesi üzerinde etkilerinin boyutu ise kadının yakınmalarla ne ölçüde baş edebildiği ve deneyimlediği bu geçiş döneminde kendi yaşamına ilişkin doyumu ile ilişkilidir (Yaşın Dökmen, 2009). Menopozal geçiş sırasında kadınlar, sıcak basmaları, gece terlemeleri, depresyon, sinirlilik, düzensiz uyku, sırt ağrısı, vajinal kuruluk, disparoni gibi çeşitli fiziksel, psikolojik ve sosyal semptomlar yaşarlar. Bu semptomlar menopozal dönemde olan kadınlarda sıklıkla ortaya çıkar ve yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olur (Chen ve ark., 2008; Kim ve ark., 2014).

Çalışmamızda, MÖYKÖ puan ortalamaları incelendiğinde deney grubunun en fazla yorgun ve yıpranmış hissetmeden, en az yüz tüylerinde artmadan rahatsızlık duydukları görülmektedir. Kontrol grubunda da deney grubuna benzer şekilde kadınların en fazla yorgun ve yıpranmış hissetmeden, en az yüz tüylerinde artmadan yakındıkları görülmektedir (Çizelge 3.1.). Som ve ark. (2014) menopoza özgü yaşam kalitesi ile menopoza arasındaki ilişkiyi bulmak amacıyla Hindistan da 250 menopozal dönemdeki kadında gerçekleştirdikleri çalışmalarında kadınlar en fazla terlemeden en az yüz tüylerinde artmadan şikayet etmektedirler. Phligbua ve ark. (2018) meme kanseri öyküsü ve sıcak basması şikayeti olan 290 kadında MÖYKÖ kullanarak yaptıkları çalışmalarında kadınların en fazla hafızada zayıflama, en az yüz tüylerinde artmadan rahatsızlık duyduklarını bulmuşlardır. Yanikkerem ve ark. (2012) MÖYKÖ kullanarak 494 kadında yaptığı çalışmada kadınların en çok sıcak basması yaşadığını, en az ise kendini eskisinden daha az başarılı hissettiklerini

belirlemiştir. Syed ve ark., (2016) çalışmasında deney ve kontrol grubundaki tüm kadınların en sık şikayet ettiği menopozal dönem yakınmasının kas ve eklemlerdeki ağrılar olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı zamanda her iki gruptaki kadınlar hafızada zayıflama ve yüz tüylerinde artmanın en az yaşadıkları sorun olduğunu belirtmişlerdir. Yüz tüylerinde artma literatürde bildirilen en az şikayete yol açan menopozal yakınmadır ve çalışma sonucumuz literatür tarafından desteklemektedir.

Çalışma verilerimize göre deney grubunda yer alan bireylerin MÖYKÖ puan ortalamasının ön testte $4,61 \pm 1,00$ olduğu, kontrol grubundaki bireylerde ise $4,57 \pm 1,18$ olduğu saptanmıştır. Deney grubunda yer alan bireylerin MÖYKÖ puan ortalamasının son testte $3,88 \pm 1,10$ olduğu, kontrol grubu bireylerde ise $4,81 \pm 1,10$ olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.). Uygulanan hemşirelik yaklaşımları deney grubunda MÖYKÖ puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Ön testte deney ve kontrol gruplarının MÖYKÖ puan ortalamaları benzer olmasına rağmen, son testte MÖYKÖ puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olması uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde MÖYKÖ kullanarak kadınların menepoza özgü yaşam kalitelerinin incelendiği birçok çalışmada, menopozal dönemde ortaya çıkan semptomların kadınların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Abedzadeh Kalarhousi ve ark., 2011; Nisar ve Sohoo, 2009; Norozi ve ark., 2013; Pinkerton ve ark., 2016; Poomalar ve Arounassalame, 2013). Bu tez çalışmasının bulgularında da kadınların uygulanan hemşirelik yaklaşımları öncesinde MÖYKÖ puan ortalamaları oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularımıza göre deney grubu ön test vazomotor alt boyutu puan ortalamaları

4.39±1,84, fiziksel alt boyutu 4.59±1,16, psikososyal 4.39±1,19 ve cinsel alt boyutu 5.44±2,02 iken, kontrol grubu öntest vazomotor alt boyutu puan ortalamaları 5.00±1,90, fiziksel alt boyutu 4.49±1,16, psikososyal 4.46±1,66 ve cinsel alt boyutu 4.81±2,43 olarak belirlenmiştir. Brzyski ve ark. (2001) düşük gelirli menopozal dönemde olan kadınlarda yaşam kalitesini incelediği çalışmalarında, MÖYKÖ puan ortalamalarını vazomotor alt boyutu için 3.5, psikososyal alt boyutu için 3.7 fiziksel alt boyutu için 4.1 ve cinsel alt boyut için 3.41 olarak bulmuşlardır. Nie ve ark., (2017) MÖYKÖ Çin versiyonunun geçerlilik güvenilirliği yaptıkları çalışmalarında MÖYKÖ alt boyutları puan ortalamalarını vazomotor 3.15, psikososyal 3.17, fiziksel 3.40 ve cinsel 3.36 olarak bulmuşlardır. Yanikkerem ve ark. (2012) MÖYKÖ kullanarak kadınların menopoza ve yaşam kalitesine yönelik tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında alt boyut puan ortalamalarını; vazomotor 3.8, fiziksel 3.1, psikososyal 2.9 ve cinsel 2.7 olarak bulmuşlardır. Dolye ve ark. (2018) meme kanseri ve jinekolojik kanser tedavisi gören kadınlarda geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı MÖYKÖ ölçeği puan ortalamalarını vazomotor alt boyutu için 4,76, cinsel 4,20, fiziksel 3,84 ve psikososyal 3,82 olarak saptamıştır.

Menopozal dönemdeki kadınların, bu döneme ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olması yanlış inanışlara bağlı sorunların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bu nedenle sağlık çalışanları tarafından, menopozal dönemdeki kadınlara yönelik eğitim, rehberlik, danışmanlık rolleri aktif olarak kullanılmalıdır. Menopozal dönemde menopoza özgü yaşam kalitesini geliştirici girişimsel çalışmalar yapılmalıdır. Literatürde kadınların menopozal yaşam kalitesini arttıran farklı girişimsel çalışmalar mevcuttur. MÖYKÖ'nün kullanıldığı randomize kontrollü

çalışmalarda kadınlarda menopoza yaşam kalitesini arttırmak amacı ile estrogens/bazedoxifene tedavisi, rezene, ayurveda-ilaç kombinasyonu, yoga ve egzersiz, farkındalığa dayalı stres azaltma programının etkinliği değerlendirilmiştir (Abraham ve ark., 2014; Prague ve ark., 2017; Rahimi-Kian ve ark., 2017; Reed ve ark., 2014; Steels ve ark., 2018; Van Driel ve ark., 2018). Bu tez çalışmasında da menopoza dönemdeki kadınlarda menopoza özgü yaşam kalitesini arttırmak amacı ile bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlara yönelik hemşirelik yaklaşımları uygulanmıştır. Çalışmada uygulama öncesi ve sonrası MYK puan düşüşleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarda bilgi sunan bir programa katılmak, kadınlarda menopoza karşı tutumlarını iyileştirebilir ve menopoza dönem semptomlarının algılanan şiddetini azaltır, böylece menopoza yaşam kalitesi artar (Rotem ve ark., 2005). Rotem ve ark. (2005), psiko-eğitim programının menopoza dönemdeki kadınlarda menopoza yönelik tutumları ve menopoza semptomlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında, tutumlar ne kadar olumsuz olursa semptomların şiddetinin o kadar yüksek olduğunu vurgulamıştır. alışmasında deney grubundaki kadınlarda eğitim sonrası, tutum ve menopoza semptomların ciddiyetinde önemli azalmalar olduğunu bildirmişlerdir. Programı tamamladıktan ay sonra, kadınlarda menopoza karşı daha olumlu tutumlarını ifade etmiş ve kendilerini daha güvenli, daha güçlü ve daha değerli hissettiklerini belirtmişlerdir (Rotem ve ark., 2005). Lemaire ve Lenz's (1995) menopoza dönemdeki kadınlarda yaptığı grup çalışmasında kadınlarda kendine güvenlerinde artış olduğunu ve daha başarılı hissettiklerini saptamıştır. Hunter ve Liao's (1995) bir grup programına katılan kadınlarda yaşam doyumunda artış olduğunu ve daha az kaygı, depresyon ve uykusuzluk bildirdiğini saptamıştır. Grup

eğitim programına katılan kadınlar menopoza hakkında bilgi aldığı, grup tartışmaları yaptığı ve stres yönetimi becerilerini ve sağlıklı alışkanlıkların (fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara kullanmama) pekiştirildiğini ifade etmektedirler (Hunter ve O'Dea, 1999). Bu tez çalışmasının girişimi olan hemşirelik yaklaşımları ile katılımcılar diğer kadınların da benzer zorluklarla karşılaştıklarını fark ettiği ve menopozal dönem hakkında normalleşme duygularına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Uygulanan hemşirelik yaklaşımları kadınların bilgi almalarını, birbirlerini güçlendirmelerini sağlamıştır. Ayrıca kadınların yaşam kalitesi ile ilgili veri toplamak için soru formlarını doldurmaları, bedenlerine karşı daha dikkatli olmalarına ve menopozun anlamı hakkında bilgi edinmelerine neden olup bu konuyla ilgili farkındalıklarını arttırmış olabilir. Literatürde hemşirelerin menopozal dönemdeki kadınların menopoza karşı tutumlarını değiştirerek yaşam kalitesini etkileme potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir (Rotem ve ark., 2005).

4.2. Menopozal dönemde vazomotor değişiklikler

Deney grubunda uygulanan hemşirelik girişimlerinden önce ve sonraki vazomotor alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunurken, kontrol grubunda anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç uygulanan hemşirelik girişimlerinin deney grubunda vazomotor alt boyutu puanlarını anlamlı derecede düşürdüğünü göstermektedir. MÖYKÖ vazomotor alt boyutunda, vazomotor yakınmalar 3 madde ile ölçülmüştür. Bunlar sırası ile sıcak basması, gece terlemesi ve terlemedir. Çalışma bulgularımızda vazomotor alt boyutunda hem deney hem de kontrol grubunda kadınlar en çok sıcak basmasından yakınmaktadır (Çizelge

3.1.). Brzyski ve ark. (2001) çalışmasında menopozal dönemdeki kadınların %52,5'inin sıcak basması nedeniyle ciddi rahatsızlık yaşadığını belirtmiştir. Sıcak basmaları menopozal kadınların yaklaşık olarak %70'ini etkiler ve genellikle fiziksel, psikososyal, cinsel ve genel yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürür (Prague ve ark., 2017).

Menopozun temel bir özelliği olan ve neredeyse kadınlar tarafından evrensel olarak deneyimlenen vazomotor semptomlar, yaşam kalitesinde önemli sıkıntılara neden olmaktadır (Santora, 2016). Webster ve ark. (2018) çalışmasında özellikle vazomotor semptomların menopozal dönemdeki kadınlar için önemli olduğunu vurgulamıştır. Steels ve ark., (2018) çalışmalarında MÖYKÖ alt boyutlarından tamamında önemli azalmalar saptamışlardır ancak; bu azalma saptadığı sonuçlar içinde özellikle deney grubundaki vazomotor semptom bildirilen kadınların sıcak basması ve gece terlemelerinde belirgin bir azalmada etkili olduğunu göstermiştir.

4.3. Menopozal dönemde psikososyal değişiklikleri

Uygulanan hemşirelik yaklaşımlarından önce deney ve kontrol grubunun psikososyal alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamışken, sonra deney grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüştür. MÖYKÖ psikososyal alt boyutunda, psikososyal yakınmalar 7 madde ile ölçülmüştür. Bu maddelerden deney grubuna ait ön test puan ortalamalarından en yüksek puan ortalamasına sahip olan madde “hafızada zayıflama”, kontrol grubunda ise “endişeli ve gergin hissetme”dir (Çizelge 3.1.).

Menopozal dönemde olan kadınlar yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden de etkilenmektedirler (Hotun Şahin, 1998). Stres azaltılarak, menopozal dönemde görülen semptomlar anlamlı derecede azaltılabilir (Hunter ve Mann, 2010). Sıcak basması, gece terlemesi, vücut şeklindeki değişiklikler, sosyal rollerdeki değişimler, kronik hastalıkların ortaya çıkması gibi semptomları içeren menopozal dönem, menopozal geçiş yaşayan kadınlarda psikososyal semptomların gelişimini kolaylaştırabilir. Menopozal geçiş anksiyete ve depresyonu şiddetlendiren birçok faktörle daha da zorlaşabilir (Almeida ve ark., 2014). Menopozal geçiş döneminde anksiyete, sinirlilik, stres ve depresyon gibi psikososyal semptomların yaygın olduğu kabul edilmektedir (Santora, 2016). Timur ve Hotun Şahin (2010) çalışmasında menopozal dönemdeki kadınların yüksek seviyede depresyon semptomları gösterdiğini saptamışlardır.

Tüm dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, menopoz sonrası dönemde geçen süre artmıştır ve psikolojik problemler daha belirgin ve yaygın hale gelmiştir (Clayton ve Guico-Pabia, 2008). Kadınların menopoza cevapları, hem kültür içinde hem de farklı kültürler arasında büyük farklılıklar gösterir. Türkiye'de kadınların menopoza verdiği tepkiler de değişmektedir. Doğu'daki kadınlar menopozu doğal bir süreç olarak görmekte ve bu yaşam dönemlerini Batı'daki akranlarına göre daha olumlu değerlendirmektedirler (Bayraktar ve Uçanok, 2002). Sermin ve Hotun Şahin (2010) Malatya'da yaşayan 45 ile 59 yaşları arasındaki 685 menopozal dönemdeki kadınla yaptıkları çalışmalarında perimenopozal ve postmenopozal kadınlar arasında depresyon belirtilerinin görülme sıklığını %41,8 olarak saptamışlardır. Webster ve ark. (2018) çalışmasında MÖYKÖ psikososyal alt boyutun puan ortalamalarını 50-

54.9 yaş grubunda 2,89 olarak, 55-59.9 yaş grubunda 2,63 olarak, 60-64.9 yaş grubunda 2,54 ve 65 üstü yaş grubunda 2,27 olarak bulmuşlardır. Blumel ve ark., (2011) çalışma sonuçlarında menopoza psikososyal bozukluklara neden olduğunu belirtmiştir.

Menopoz kadının hayatındaki gelişimsel bir geçiş dönemidir. Doğal yaşlanma süreçleri, yumurtalık fonksiyonlarının azalması ve anatomik değişiklikler ile ilişkilidir. Hormonal değişimler kadınları bu dönemde daha duyarlı ve strese karşı daha savunmasız hale getiriyor olabilir. Ancak menopozal dönemde sosyal rollerdeki değişiklikler, sosyo-kültürel çağrışımlar da önemlidir (Im ve Meleis, 2000). Menopozal geçiş dönemine ebeveynlerin hastalıkları ya da ölümleri, çocukların evden ayrılması ve emeklilik gibi yaşam olayları da eşlik etmektedir. Bu dönemde kadına yardım ve destek sunulmalıdır (Caylan ve ark., 2011). Kadın ve ailesine içinde bulunduğu bu özel dönemi anlaması için eğitim verilmeli ve desteklenmelidir. Verilen eğitimlerle kadının yaşayacağı ya da yaşamakta olduğu menopoz dönemine özgü fiziksel ve psikolojik sorunlar bir bilinmez olmaktan çıkarak kadının anksiyetesini azaltır ve baş etme mekanizmalarını harekete geçirmesini sağlar. Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler kadınlarda menopozal döneme ait zorlaştırıcıların saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır. Hemşire bu dönemde kadına karşı duyarlı olmalı, yaptığı danışmanlıkla kadını desteklemeli ve yol gösterici olmalıdır.

4.4. Menopozal dönemde fiziksel değişiklikler

Uygulanan hemşirelik yaklaşımları deney grubunda fiziksel alt boyutu puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Uygulanan hemşirelik yaklaşımlarından önce deney ve kontrol grubunun fiziksel alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark yokken, sonra deney grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüştür (Çizelge 3.9.). Elde edilen bu sonuçlar, uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının fiziksel alt boyutu puanlarının üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu göstermiştir.

Menopozal dönemde kadının yaşadığı fiziksel sıkıntılar karşısında neler yapması gerektiğini bilmesi ve etkili baş etme yöntemlerini kullanması bu dönemi sağlıklı geçirebilmesi için önemlidir. Ertem (2010) çalışmasında kadınların %85'inin menopozal dönemle ilgili sıkıntılar yaşadığını, bu sıkıntıların %60'ının fiziksel semptomlar olduğunu belirtmiştir. Tüm geçişlerde, bir dengeye ulaşmak bireysel olarak farklı şekilde gerçekleşir. Menopozal döneme dair yaşanan semptomların görülme oranı ülkelere göre farklıdır (Dhillon ve ark., 2006). Im (2010) menopoz semptomlarının belirtilerinin ve şiddetinin de farklı olduğunu ifade etmiştir. Örneğin, Asya ülkelerindeki kadınların menopoz geçişinde daha çok sırt, kas, omuz ve eklem ağrılarından yakındıklarını belirtmiştir. Bangladeş ve Malezya da bildirilen en sık menopozal dönem semptomları arasında yorgunluk hissi, baş ağrısı, eklem ve kas rahatsızlıkları yer almaktadır (Rahman ve ark., 2010; Rahman ve ark. 2011). Hong Kong da menopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yapılan çalışmada MÖYKÖ alt boyutu puanları arasında en yüksek skora fiziksel alt boyut puan ortalaması sahiptir (Winnie ve Florence, 2017). Çalışma bulgularımıza göre MÖYKÖ fiziksel alt boyutu

maddelerinden kadınlar en fazla yorgun ve yıpranmış hissetmeden en az ise yüz tüylerinde artmadan şikayetçilerdir.

Menopozal dönemde kadının yaşam kalitesini sürdürebilmesi için desteklenmesi önemlidir. Bu amaç doğrultusunda menopozal dönemde ortaya çıkan fiziksel değişikliklerin neler olduğu ve nasıl desteklenmesi gerektiği çalışmalarda ele alınması gereken konulardır. Örneğin literatürde yapılan çalışmalarda DiBonaventura ve ark. (2015) vajinal kuruluğun menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinde klinik olarak anlamlı düzeyde azalmaya yol açtığını bildirilmiştir. Shifren ve Gass, (2014) üriner inkontinansın orta yaştaki kadınların %50'sini etkilediğini, ancak utanç ve etkili tedavi seçenekleri konusunda farkındalık eksikliğinin birçok kadının tedavi aramasını engellediğini belirtmiştir (Shifren ve Gass, 2014).

4.5. Menopozal dönemde cinsel değişiklikler

Deney ve kontrol grubunda uygulanan hemşirelik yaklaşımından önceki ve sonraki cinsel alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Uygulanan hemşirelik yaklaşımları deney grubunda cinsel alt boyutu puan ortalamasını anlamlı derecede düşürmüştür. Kontrol grubunda ise son test puan ortalaması ön test puan ortalamasına göre yükselmiştir (Çizelge 3.11.). Kontrol grubu son testindeki cinsel alt boyut puanının ön teste göre yüksek çıkması ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasının nedeni; kadınların cinsellik alt boyutu ile ilgili soruları algılamalarının değişmiş olması ile kontrol grubuna hemşirelik yaklaşımları uygulanmadığı için ön testte var olan sorunların son test uygulanırken de artarak devam etmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir..

Menopozal geçiş döneminde cinsel sağlık önemli bir konudur. Fakat bir diğer önemli konu da bu dönemdeki kadınlarda cinsel sağlık konusunun klinik olarak kapsamlı bir şekilde ele alınmayı ıdır. Orta yaştaki kadınlarda cinsel sorunlar oldukça yaygındır (Shifren ve Gass, 2014). Menopozal geçiş yaşayan kadınlarda, östrojen seviyesindeki dalgalanmadan dolayı menstruasyon değişiklikleri görülmektedir. Adet düzensizlikleri, yoğun kanama, östrojen yetersizliği nedeniyle anksiyete, uyku bozuklukları ve vazomotor semptomlar yaşanır. Kadın bu süreçte vajinal kuruluk, orgazm ya da uyarılma sorunları yaşamaya ba lar (Davis ve Jane, 2011). Cinsellik, fiziksel ve emosyonel sağlığın önemli bir parçasıdır. Kadın menopozla birlikte vücut imajının kaybolacağının ve kadınlık fonksiyonlarının sona ereceğinin kaygılarını duyar. Cinsel ekiciliğinin kalmadığını düşünen kadın, cinselliğe olan ilgisini de kaybeder. Bu dönemde cinsel disfonksiyonlar çok geniş boyutta ele alınmalı ve kadınlara destek olunmalıdır ( zcan ve Kızılkaya Beği, 2014).

Çalışmamızdaki menopozal geçiş yaşayan kadınlarda, cinsel alan alt boyutu madde puan ortalamaları diğer alt boyutların madde puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Som ve ark. (2014) alı mamıza benzer şekilde, M YK  alt boyutlarından cinsel alt boyutta problemlerin g r lme sıklığının daha yüksek olma eğiliminde olduğunu saptamıştır. Fı kın ve ark. (2017) Türk kad nlarında yaptıkları çalışmalarında kadınların bu süreçte yaşadıkları yakınmalar ve algılarına bağlı olarak yaşam kalitelerinde değişimler olduğunu ifade etmi tirler. Yaşam kalitesindeki değişimlere cinsellikle ilgili isteksizlik, koitus sıklığında azalma, eşler arasında anlaşmazlıklar gibi birtakım yaşamsal değişikliklerin ve sorunların neden olduğunu

belirtmişlerdir. Çalışkan ve ark., (2010) perimenopozal Türk kadınlarından elde edilen verilerde cinsel disfonksiyonun yüksek oranda görüldüğünü ve cinsel disfonksiyon ile yaşam kalitesi skorları arasında negatif korelasyon olduğu tespit etmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada 40 yaş üstü kadınlardaki cinsel sorunlar ve orgazm yetersizlikleri Asyalı kadınlarda, Avrupalı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Nicolosi ve ark., 2004). Avrupa ülkelerinde 1805 postmenopozal dönemde olan kadınlarla yapılan çalışmada, kadınların %34'ünde cinsel isteğin azaldığı, %54'ünde cinsel ilginin azaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların %71'inin ise aktif cinsel yaşamın sürdürülmesinin çok önemli olduğunu söyledikleri bulunmuştur (Dennerstein ve ark., 2005).

Menopozal dönemde yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesine ilişkin faktörleri belirlemek ve sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarındandır. Sağlık profesyonelleri içinde önemli yeri olan hemşirelerin, menopozal dönemindeki kadınların yaşam kalitelerine ve sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilerine sahip olmaları, kadınların menopozal şikayetlerle baş edebilmeleri konusunda daha fazla destek alabilmelerini sağlayacaktır.

Çalışma sonuçlarımıza göre H1 hipotezi “Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımları menopoza özgü yaşam kalitesini arttırır” kabul edilmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemeye yönelik gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

-Uygulanan yaklaşımlar deney grubundaki kadınlarda MÖYKÖ puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Yaklaşımlardan önce deney ve kontrol grubunun MÖYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, sonra deney grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir.

-Yaklaşımlardan önce deney ve kontrol grubunun vazomotor alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, sonra deney grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı tespit edilmiştir. Uygulanan yaklaşımların vazomotor alt boyutu puanlarının üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu saptanmıştır.

- Uygulanan yaklaşımlar deney grubunda psikososyal alt boyutu puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Yaklaşımlardan önce deney ve kontrol grubunun psikososyal alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığı, sonra deney grubunun puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüş olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlara, uygulanan yaklaşımların psikososyal alt boyutu puanlarının üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu göstermiştir.

- Uygulanan yaklaşımlar deney grubunda fiziksel alt boyutu puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Yaklaşımlardan önce deney ve kontrol grubunun fiziksel alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, sonra deney grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar, uygulanan yaklaşımlar fiziksel alt boyutu puanlarının üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu göstermiştir.

-Deney ve kontrol grubunda uygulanan yaklaşımlardan önceki ve sonraki cinsel alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre uygulanan yaklaşımlar deney grubunda cinsel alt boyutu puanlarını anlamlı derecede düşürmüştür. Kontrol grubunda ise son test puan ortalamaları öncesine göre yükselmiştir.

- Meleis'in Geçiş Teorisi'nin menopozal dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesinin artırılması amacıyla yararlı olduğu belirlenmiştir.

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda;

-Menopozal dönemdeki kadının sağlıklı menopoz geçiş yaşaması, bu dönemde yaşadığı sorunlarla baş edebilmesi ve yaşam kalitesini yükseltebilmesi için eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri yapılması,

-Menopozal geçiş sürecini kişisel, topluluk ve toplum ile birlikte ele alan eğitim programlarının hazırlanması,

-Hayatının yaklaşık üçte birlik bölümünü menopozal dönemde geçirecek olan kadınlara iyi bir yaşam kalitesi sunmak için menopoz hakkında bilgilendirme eğitimlerinin yapılması,

-Menopozal dönemde bulunan kadınların bu dönemi sağlıklı geçirebilmeleri için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin konu ile ilgili farkındalıklarının geliştirilmesi için hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir.



ÖZET

Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi

Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Ankara Altındağ Belediyesi'ne ait Karapürçek-2 Kadın Eğitim ve Kültür Merkezi'ne başvuran kadınlar, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve katılım kriterlerini sağlayan 32 deney, 32 kontrol grubu kadın oluşturmuştur. Çalışmaya başlamadan önce deney ve kontrol gruplarında yer alacak kadın sayısını belirlemek amacıyla güç analizi yapılmıştır. Kadınlar deney ve kontrol gruplarına basit randomizasyon yöntemiyle dağıtılmıştır. Deney grubuna Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış menopozal dönemde yaşam kalitesini arttırmaya yönelik beş haftalık, haftada iki saat süren hemşirelik yaklaşımları uygulanmış, kontrol grubuna girişim yapılmamıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni, etik izin ve kadınlardan yazılı onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin sunumu için frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin istatistiksel değerlendirmesinde kıkare testi kullanılmıştır. İki grubun karşılaştırılması amacıyla parametrik test koşullarının sağlandığı değişkenler için Student's t testi, parametrik test koşullarının sağlanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Deney grubuna uygulanan eğitim programının etkililiğini değerlendirmek amacıyla "Tekrarlı Ölçümler İki Faktörlü Varyans Analizi" kullanılmıştır. Tüm testlerin analizinde p değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 48,69, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 49,53'tür. Menopozal dönemdeki kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği (MÖYKÖ) ön test puan ortalaması deney grubunda $4,61 \pm 1,00$, kontrol grubunda $4,57 \pm 1,18$; son test puan ortalamaları deney grubunda $3,88 \pm 1,10$, kontrol grubunda $4,81 \pm 1,10$ olarak bulunmuştur. Deney grubu MÖYKÖ alt boyutları ön test puan ortalamaları vazomotor $4,39 \pm 1,84$, psikososyal $4,39 \pm 1,19$, fiziksel $4,59 \pm 1,16$ ve cinsel $5,44 \pm 2,02$; son test puan ortalamaları vazomotor $3,58 \pm 1,52$, psikososyal $3,58 \pm 0,98$, fiziksel $3,96 \pm 1,44$ ve cinsel $4,42 \pm 1,81$ olarak bulunmuştur. Ön test deney ve kontrol grubunun menopoza özgü yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı fark yokken, son test deney grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüştür. Bu çalışma ile Meleis'in Geçiş Teorisi'nin menopozal dönemdeki kadınlara uygulanabilir ve kullanılabilir bir kuram olduğu görülmüştür. Menopozal dönemdeki kadının sağlıklı menopoz geçiş yaşaması, bu dönemde yaşadığı sorunlarla baş edebilmesi ve yaşam kalitesini yükseltebilmesi için eğitimler yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Menopozal Dönem, Meleis'in Geçiş Teorisi, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

Effect of Nursing Approaches According to Meleis' Transition Theory on Menopausal Specific Quality of Life

This is a randomized controlled experimental study aimed to determine the effect of nursing approaches on menopause-specific quality of life according to Meleis' Transition Theory. The population of the study consisted of women who applied to the Menopause School of Karapürçek-2 Women's Education and Culture Center belonging to the Altındağ Municipality of Ankara. The sample consisted of 32 experimental and 32 control group women who accepted to participate in the study. Before starting the study, it was analyzed to determine the number of women in the experimental and control groups. Women were distributed to the experimental and control groups by simple randomization method. The experimental group was given five-week, two-hour nursing approaches to improve the quality of life in the structured menopausal period according to Meleis' Transition Theory. There was no intervention in the control group. Personal Information Form and Menopause Specific Quality of Life Scale were used to collect data. In order to carry out the research, the necessary permission, ethics permission and written consent were obtained from women. SPSS 21 package program was used to evaluate the data. Mean and standard deviation for continuous variables and frequency and percentage values were used for the presentation of categorical variables. Chi-Square test was used for statistical evaluation of categorical variables. In order to compare the two groups, Student t test was used for the parametric test conditions and Mann-Whitney U test was used when the parametric test conditions were not met. "Repeated Measurements Two-Factor Analysis of Variance" was used to evaluate the effectiveness of the training program applied to the experimental group. In the analysis of all tests, p value <0.05 was considered statistically significant. The mean age of women in the experimental group was 48.69 and the mean age of the women in the control group was 49.53. Menopausal women's menopausal quality of life scale (MENQOL) pre-test mean score was 4.61 ± 1.00 in the experimental group and 4.57 ± 1.18 in the control group; posttest scores were 3.88 ± 1.10 in the experimental group and 4.81 ± 1.10 in the control group. The pretest scores of the experimental group MENQOL subscales were vasomotor 4.39 ± 1.84 , psychosocial 4.39 ± 1.19 , physical 4.59 ± 1.16 and sexual 5.44 ± 2.02 ; the mean post-test scores were vasomotor 3.58 ± 1.52 , psychosocial 3.58 ± 0.98 , physical 3.96 ± 1.44 and sexual 4.42 ± 1.81 . While there was no significant difference between the mean scores of the experimental and control group menopause-specific quality of life before the training, the scores of the experimental group decreased significantly compared to the control group. This study shows that Meleis' Transition Theory is a feasible and usable theory for women in the menopausal period. It is recommended that the women in the menopausal period should have a healthy menopausal transition, to cope with the problems in this period and to improve the quality of life.

Keywords: Nursing, Menopausal Period, Meleis Transition Theory, Quality of Life

KAYNAKLAR

- ABEDZADEH KALARHOUDI M, TAEBI M, SADAT Z, SABERI 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.
- ABRAHAM L, PINKERTON JV, MESSIG M, RYAN KA, KOMM BS, MIRKIN S. (2014). Menopause-specific quality of life across varying menopausal populations with conjugated estrogens/bazedoxifene. *Maturitas*, 78(3): 212-218.
- ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists, (2019). <https://www.acog.org/Patients/FAQs/The-Menopause-Years?IsMobileSet=false> Erişim Tarihi 01.04.2019
- ALLEN T, WILLIAMS LD. (2012). An approach to life skills group work with youth in transition to independent living: Theoretical, practice and operational considerations. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29 (4): 324-342.
- ALLIGOOD MR, TOMEY AM. Transition theory. In M.R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (8th ed.). MO: Mosby Elsevier, Maryland Heights, 2013.
- ALMEIDA OP, MARSH K, FLICKER L, HICKEY M, FORD A, SIM M. (2014). Reducing depression during the menopausal transition: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 15(1): 312.
- BAL MD, SAHİN NH. (2011). The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 18(12): 1309-1316.
- BARWAIS F. (2011). Definitions of wellbeing, quality of life and wellness. Retrieved from Behague, D. P., Goncalves, H. D., Gigante, D., Kirkwood, B. R. (2012). Taming troubled teens: The social production of mental morbidity amongst young mothers in Pelotas. Brazil. *Soc Sci Med*, 74 (3): 434-443.
- BAYRAKTAR R, UÇANOK Z. (2002). A review of the attitudes toward menopause and cross-cultural studies. *Aile ve Toplum Dergisi*, 5: 5-12.
- BAYRAKTAR R, UÇANOK Z. (2002). Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum: Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2 (5): 5-12.

- BEKMEZCİ H, HAMLACI Y, ÖZERDOĞAN N. (2016). Meleis'in geçiş kuramına dayalı postpartum dönemde bakım. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 101-106.
- BENER A. AND FALAH A. (2014). A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *J Midlife Health*, 5, 126- 134.
- BLUMEL JE, CHEDRAUI P, BARON G, BELZARES E, BENCOSME A, CALLE A, ... HERNANDEZ-BUENO JA. (2011). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*, 18(7): 778-785.
- BRISINI KSC, SOLOMON DH, NUSSBAUM J. (2018). Transitions in marriage: Types, turbulence, and transition processing activities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(6): 831-853.
- BRZYSKI RG, MEDRANO MA, HYATT-SANTOS JM, ROSS JS. (2001). Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and sterility*, 76(1): 44-50.
- BUTTERWORTH P, LEACH LS, STRAZDINS L, OLESEN SC, RODGERS B, BROOM DH. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: Results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(11): 806–812.
- CALVO E, SARKISIAN N, TAMBORINI CR. (2013). Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1): 73–84.
- CAYLAN A, DAĞDEVİREN N, AKTURK Z, SET T. (2011) Evaluation of health related quality of life among premenopausal Turkish women. *HealthMED*, 5(4): 741-752.
- CENGİZ M, YÜRÜYEN M. (2015). Osteoporoz: Tarama, Önleme ve Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Intern Med*, 1(1), 24-36.
- CHAIKITTISILPA S, NIMNUAN C, CHIRAWATKUL S, JIRAPINYO M, TECHATRAISAK K, RATTANACHAIYANONT M, ... & LIMPONGSANURAK S. (2013). Development and validation of the Menopause-specific Quality of Life Scale for menopausal Thai women. *Climacteric*, 16(3): 387-392.

- CHEN PL, CHAO HT, CHOU KR, HUANG HM, CHENG SY, UTIAN WH, LIAO YM. (2012). The Chinese Utian Quality of Life Scale for women around menopause: translation and psychometric testing. *Menopause*, 19(4): 438-447.
- CHEN Y, LIN SQ, WEI Y, GAO HL. (2008). Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause*, 15: 144-149.
- CHICK N, MELEIS AI. Transitions: A nursing concern. In MELEIS (Ed.), *Transitions theory: Middlerange and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer, New York, 1986.
- CLAYTON A, GUICO-PABIA C. (2008). Recognition of depression among women presenting with menopausal symptoms. *Menopause*, 15: 758-767.
- COLEMAN DA. (2016). The lived experience of nurses transitioning from personal bereavement to providers of compassionate nursing care. Doctor of Philosophy in Nursing, Azusa Pacific University, California.
- COLEMAN PM. (1993). Depression during the female climacteric period. *Journal of advanced nursing*, 18(10): 1540-1546.
- CONSORT AKIŞ DİYAGRAMI (2010) Erişim Adresi: http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Turkish_tr/Turkish%20CONSORT%20Flow%20Diagram.pdf Erişim Tarihi: 02.01.2019
- CUSSON RM, VIGGIANO NM. (2002). Transition to the neonatal nurse practitioner role: Make the change from the side to the head of the bed. Neonatal Network: *The Journal of Neonatal Nursing*, 21(2): 21-28.
- ÇALIŞKAN E, ÇORAKÇI A, DOĞER E, COŞKUN E, ÖZEREN S, ÇORAPÇIOĞLU A. (2010). Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 30(5): 1517-1523.
- DAVIS S, JANE F. (2011) Sex and perimenopause. *Menopause*, 40(5): 274- 278.
- DAVIS SR, PANJARI M, ROBINSON PJ, FRADKIN P, BELL RJ. (2014). Menopausal symptoms in breast cancer survivors nearly 6 years after diagnosis. *Menopause*, 21(10): 1075–1081.
- DENNERSTEIN L, LEHERT P, BURGER H. (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*, 84: 174–180.

- DHILLON HK, SINGH HJ, SHUB R, HAMID AM, MOHD ZAKI NIK MAHMOOD N. (2006). Prevalence of menopausal symptoms in women in Kelantan, Malaysia. *Maturitas*, **54**: 213-221.
- DIBONAVENTURA M, LUO X, MOFFATT M, BUSHMAKIN AG, KUMAR M, BOBULA J. (2015). The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among postmenopausal women in the United States and Western Europe. *J. Women's Health*, **24**(9): 713-722.
- DOLYE C, ADAMS L, MCANDREW A, BURLEIN-HALL S. DASGUPTA T, BLAKE J, FITCH MI. (2018). Validation du questionnaire MENQOL avec les femmes ayant été traitées pour un cancer gynécologique ou du sein. *Canadian Oncology Nursing Journal*, **28**(3): 234-239.
- EFTEKHAR T, DASHTI M, SHARIAT M, HAGHOLLAHI F, RAISI F, GHAHGHAEI-NEZAMABADI A. (2016). Female sexual function during the menopausal transition in a group of Iranian women. *Journal of family & reproductive health*, **10**(2), 52.
- ERDEM ÇETİN Ö, EROĞLU K. (2015). Menapoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları. *DEUHFED* **8**(4): 219-225.
- ERKİN Ö, ARDAHAN M, KERT A. (2014). Menapoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, **3**(4): 1095-1113.
- ERTEKİN PINAR Ş, YILDIRIM G, DURAN AKSOY Ö, CESUR B. (2015). A problem peculiar to women: Mental health in menopause. *International Journal of Human Sciences*, **12**(2): 787-798.
- ERTEM, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **7**(1): 469-483.
- FEGRAN L, HALL EO, UHRENFELDT L, AAGAARD H, LUDVIGSEN MS. (2014). Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitative metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, **51**(1): 123-135.
- FIŞKIN G, HOTUN ŞAHİN N, KAYA İG. (2017). Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, **3**(3): 122-128.
- FLINTERUD SI, ANDERSHED B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, **24**: 2295-2304.

- FOROUHARI S, KHAJEHEI M, MOATTARI M, MOHIT M, RAD MS, GHAEM H. (2010). The effect of education and awareness on the quality of life in postmenopausal women. *Indian J Commun Med*, **35**: 109-114.
- GHAZANFARPOUR M, ABDOLAHIAN S, ZARE M, SHAHSAVARI S. (2013). Association between anthropometric indices and quality of life in menopausal women. *Gynecol Endocrinol*, **29(10)**: 917-920.
- GÖRLER EB, ÇAKIROĞLU FD. (2007). Menopoz döneminde kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2007.
- GÖZÜYEŞİL E, BAŞER M. (2016). Menopozal Dönemde Yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **19(4)**: 261-268.
- GRANT MM, DEAN EG. Evaluation of Quality of Life in Oncology and Oncology Nursing. İçinde King CR, Hinds PS, editör. *Quality Of Life: From Nursing And Patient Perspectives: Theory, Research, Practice*. 2nd ed. Jones and Bartlett, Toronto, 2003.
- GREENDALE GA, ISHII S, HUANG MH, KARLAMANGLA AS. (2013). Predicting the timeline to the final menstrual period: The study of women's health across the nation. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, **98(4)**: 1483-1491.
- GREENDALE GA, LEE NP, ARRIOLA ER. (1999). Menopause. *Lancet*, **13**: 571-580.
- HANNA KM, KAISER KL, BROWN SG, CAMPBELL-GROSSMAN C, FIAL A, FORD A, NELSON AE. (2018). A Scoping Review of Transitions, Stress, and Adaptation Among Emerging Adults. *Advances in Nursing Science*, **41(3)**, 203-215.
- HASAN SS, THIRUCHELVAM K, AHMED SI, CLAVARINO AM, MAMUN AA, KAIRUZ T. (2016). Psychological health and menopause-specific quality of life of Malaysian women with type 2 diabetes. *Asian journal of psychiatry*, **23**: 56-63.
- HEITZ LJ, STEINER SH, BURMAN ME (2004). RN to FNP: A qualitative study of role transition. *Journal of Nursing Education*, **43**: 416-420.
- HEWITT B, TURRELL G, GISKES K. (2012). Marital loss, mental health and the role of perceived social support: Findings from six waves of an Australian population based panel study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **66(4)**: 308-314.

- HOTUN ŞAHİN N. (1998). Bir kilometre taşı: Menopoz. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları, Çevik Matbaacılık; s. 1-112.
- HOTUN ŞAHİN N. Klimakteryum dönemi ve menopoz. Ed. Kızılkaya Beji. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel kitapevleri. İstanbul, 2015.
- HÖBEK AKARSU R, KUŞ B. (2017). Menapozal sıcak basması kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *GÜSBD*, 6(2): 104-112.
- HUNTER M, O'DEA I. (1999). An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: Five year followup of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Education and Counseling*, 38: 249-255.
- HUNTER MS, LIAO KL. (1995). Problem solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13: 147-151.
- HUNTER MS, MANN E. (2010). A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *J Psychosom Res*, 69: 491-501.
- IM EO, MELEIS AI. (1999). A Situation-Specific Theory of Korean Immigrant Women's Menopausal Transition. *Journal of nursing scholarship*, 31(4): 333-338.
- IM EO, MELEIS AI. (2000). Meanings of Menopause to Korean Immigrant Women. *Western Journal of Nursing Research*, 22(1): 84-102.
- IM EO, YOUNG K, CHEE E, CHEE W. (2015). A cluster analysis on midlife women's sleep-related symptoms: racial/ethnic differences. *Menopause*, 22(11): 1182.
- IM EO. (2010). A Situation-specific Theory of Asian Immigrant Women's Menopausal Symptom Experience in the U.S. *ANS Adv Nurs Sci*. 33(2): 143-157.
- IM EO. (2014). Situation-specific theories from the middle-range transitions theory. *Advances in Nursing Science*, 37(1): 19-31.
- IM EO. Afaf Ibrahim Meleis: Transition theory. In Alligood M, Torry A. (Eds.) *Nursing theorists and their work*. 6th ed., Mosby-Elsevier. Philadelphia, 2006.
- IRMAK VURAL P, BALCI YAYGIN H. (2016). Menopoz algısı: türk ve alman kadınların karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. GÜSBD*, 5(3): 7-15.

- KARAKOÇ H, ÖZERDOĞAN N, KUL UÇTU A. (2017). Menopozla İlgili Genitoüriner Sendrom. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(3): 122-126.
- KHARBOUCH SB, ŞAHİN N.H. (2007). Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Ü.F.N. Hem. Derg.* 15 (59): 82-90.
- KIM MJ, CHO J, AHN Y, YIM G, PARK HY. (2014). Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Womens Health*, 14(1): 122.
- KORUKCU O, KABUKCUOĞLU K. (2015). Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisine göre yapılandırılmış farkındalık programının anneliğe geçiş sürecine etkisi. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği anabilim Dalı, Antalya.
- KORUKCU O, KUKULU K. (2017). The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health Care for Women International*, 38(7): 765–785.
- KULASINGAM S, MOINEDDIN R, LEWIS JE, TIERNEY MC. (2008). The validity of the menopause specific quality of life questionnaire in older women. *Maturitas*, 60: 239–243.
- KUTHEERAWONG L, VICHINSARTVICHAI P. (2016). The influence of body fat distribution patterns and body mass index on MENQOL in women living in an urban area. *Climacteric*, 19(1): 66–70.
- LAM A. (2016). Transition Experiences of Caregivers of Older Adults With Dementia and Multiple Chronic Conditions: An Interpretive Description. Master of Science in Nursing. McMaster University.
- LEMAIRE GS, LENZ ER. (1995). Perceived uncertainty about menopause in women attending an educational program. *International Journal of Nursing Studies*, 32(1): 39-48.
- LENZ B. (2001). The Transition from Adolescence to Young Adulthood: A Theoretical Perspective. *The Journal of School Nursing*, 17(6)300-306.
- LUDIN SM, ARBON P, PARKER S (2013). Patients' transition in the Intensive Care Units: concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 187–192.

- MELEIS AI, SAWYER LM, IM E-O, HILFINGER M, DEANNE K, SCHUMACHER K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, **23**: 12-28.
- MELEIS AI. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, **24**, 264–271.
- MELEIS AI. Transitions Theory: Middle- Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company, New York, 2010.
- MELEIS AI. Theoretical Nursing Development and Progress. Fifth Edition. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
- MERRIAM-WEBSTER. (2013). Grief. In Merriam-Webster dictionary online. Erişim adresi: www.merriam-webster.com Erişim tarihi: 23.01.2019.
- MITCHELL, E. S., WOODS, N. F. (2013). Correlates of urinary incontinence during the menopausal transition and early postmenopause: Observations from the Seattle midlife women's health study. *Climacteric*, **16**(6): 653–662.
- MUNCK B, BJÖRKLUND A, JANSSON I, LUNDBERG K, WAGMAN P. (2018). Adulthood transitions in health and welfare; a literature review. *Nursing open*, **5**(3), 254-260.
- NICOLOSI A, LAUMANN EO, GLASSER DB, MOREIRA ED, PAIK A, GINGELL C. (2004). Global study of sexual attitudes and behaviors investigator. Sexual behavior and sexual dysfunction safter age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, **64**: 991-997.
- NIE G, YANG H, LIU J, ZHAU C, WANG X. (2017). Psychometric properties of the Chinese version of the Menopause-Specific Quality-of-Life questionnaire. *Menopause*, **24**(5): 546-554.
- NISAR N, SOHOO NA. (2009). Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: A hospital based survey. *J Pak Med Assoc*, **59**(11): 752-756.
- NOROZI E, MOSTAFAVI F, HASANZADEH A, MOODI M, SHARIFIRAD G. (2013). Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan. *J Educ Health Promot*, **2**: 58.
- OSKAY ÜY. (2004). Klimakterium döneminde cinsellik. *İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi*, **13**(52): 59-66.

- ÖZCAN H, KIZILKAYA BEJİ N. (2014). Menopoz döneminde cinsellik. *Androloji Bülteni*, 16(58): 209-211.
- ÖZER Ü, GÖZÜKARA F. (2016). Şanlıurfa’da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16–26.
- PERRY SE, LOWDERMILK DL. (2004) Maternity and Womens Health Care. Eighth Edition. Mosby. USA
- PHLIGBUA W, LOVIE SMITH EM, BARTON DL. (2018). Psychometric properties of the Menopause Specific Quality of Life questionnaire among Thai women with a history of breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 36: 75–81.
- PINKERTON JV, ABRAHAM L, BUSHMAKIN AG, CAPPELLERI JC, KOMM BS. (2016). Relationship between changes in vasomotor symptoms and changes in menopause-specific quality of life and sleep parameters. *Menopause*, 23(10): 1060-1066.
- POOMALAR GK, AROUNASSALAME B. (2013). The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res*, 7(1): 135-139.
- PRAGUE JK, ROBERTS RE, COMNINOS AN, CLARKE S, JAYASENA CN, NASH, ... PANAY N. (2017). Neurokinin 3 receptor antagonism as a novel treatment for menopausal hot flushes: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 389(10081), 1809-1820.
- QUALITY OF LIFE: <http://nwia.idwellness.org/2011/02/28/definitions-of-wellbeing-quality-of-life-andwellness/https://www.merriam-webster.com/dictionary/transition> Erişim tarihi 16.01.2019
- RADTKE JV, TERHORST L, COHEN SM. (2011). The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: psychometric evaluation among breast cancer survivors. *Menopause*, 18(3): 289–295.
- RAHIMI-KIAN F, BEKHRADIR, RAHIMI R, GOLZAREH P, MEHRAN A. (2017). Evaluating the effect of fennel soft capsules on the quality of life and its different aspects in menopausal women: A randomized clinical trial. *Nurs Pract Today*, 4(2): 87-95.
- RAHMAN S, SALEHIN F, IQBAL A. (2011). Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. *BMC research notes*, 4(1): 188.

- RAHMAN SASA, ZAINUDIN SR, MUN VLK. (2010). Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific family medicine*, 9(1): 5.
- RAMSAY P, HUBY G, THOMPSON A, WALSH T. (2014). Intensive care survivors' experiences of ward- based care: M eleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6): 605-615.
- REED PG, SHEARER NBC. Perspectives on nursing theory (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2012.
- REED SD, GUTHRIE KA, NEWTON KM, ANDERSON GL, BOOTH-LAFORCE C, CAAN B, ... FREEMAN EW. (2014). Menopausal quality of life: RCT of yoga, exercise, and omega-3 supplements. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(3): 244-e1.
- RICE PL. (1995). Pog laus tsis khaub hcaws lawm: the meaning of menopause in Hmong women. *J Reprod Infant Psychol.*, 3: 79–82.
- ROTEM M, KUSHNIR T, LEVINE R, EHRENFELD M. (2005). A Psycho-Educational Program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2): 233-240.
- SALMELA-ARO K. (2012). Academic expectations and well-being from school to work during the economic downturn. *New Dir Youth Dev*, (135): 57-64.
- SANTORO N. (2016). Perimenopause: from research to practice. *J. Women's Health*, 25: 332–339.
- SCHUMACHER K, MELEIS AI. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2): 119–127.
- SCHUMACHER KL, JONES PS, MELEIS AI. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals*. Springer Publishing Company, New York, 1999..
- SHIFREN JL, GASS ML. (2014). The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*, 21(10): 1038–1062.

- SKARSATER I, WILLMAN A. (2006). The Recovery Process in Major Depression An Analysis Employing Meleis' Transition Framework for Deeper Understanding as a Foundation for Nursing Interventions. *Advances in Nursing Science*, 29(3): 245-259.
- SMITH-DIJULIO K, WOODS NF, MITCHELL ES. (2008). Well-Being During The Menopausal Transition and Early Postmenopause A Within-Stage Analysis. *Women's Health Issues*, 18: 310-318.
- SOM N, ROY P, RAY S. (2014). Menopause-specific quality of life of a group of urban women, West Bengal, India. *CLIMACTERIC*, 17: 713-719.
- STEELS E, STEELE M, HAROLD M, ADAMS L, COULSON S. (2018). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial evaluating safety and efficacy of an ayurvedic botanical formulation in reducing menopausal symptoms in otherwise healthy women. *Journal of Herbal Medicine*, 11: 30-35.
- STEINER SH, MCLAUGHLIN DG, HYDE RS, BROWN RH, BURMAN ME. (2008). Role transition during RN-to-FNP education. *Journal of Nursing Education*, 47: 441-447.
- SYDORA BC, FAST H, CAMPBELL S, YUKSEL N, LEWIS JE, ROSS S. (2016). Use of the Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) questionnaire in research and clinical practice: A comprehensive scoping review. *Menopause*, 23(9): 1038-1051.
- TAHER YA, EMHEMED HM, TAWATI AM. (2013). Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric*, 16: 179-184.
- TAŞKIN L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XIII. Baskı. Reaksiyon matbaacılık, Ankara, 2016.
- THOMAS HN, THURSTON RC. (2016). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, 87: 49-60.
- TİMUR S, SAHİN NH. (2010). The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*, 17(3): 545-551.
- TUNÇ N, DURAN Ö. (2014.) Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi, Yakınma ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) (2018)
<http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 15.02.2019

ULUDAĞ A, ÇAKIR GÜNGÖR AN, GENCER M, ŞAHİN EM, COŞAR E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hek Dergi*, 18(1): 25-30.

ULUSOY MN, KUKULU K. (2013). Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz İle İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2): 206-213.

VAN DOLE KB, DEVELLIS RF, BROWN RD, FUNK ML, GAYNES BN, WILLIAMS RE. (2012). Evaluation of the menopause-specific quality of life questionnaire: A factoranalytic approach. *Menopause*, 19(2): 211–215.

VAN DRIEL CM, DE BOCK GH, SCHROEVERS MJ, MOURITS MJ. (2019). Mindfulness- based stress reduction for menopausal symptoms after risk-reducing salpingo- oophorectomy (PURSUE study): A randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(3): 402-411.

WARDROP A, POPADIUK N. (2013). Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships and sociocultural influences. *Qualitative Report*, 28 (3): 1–24.

WEBSTER AD, FINSTAD DA, KURZER MS, TORKELESON CJ. (2018). Quality of life among postmenopausal women enrolled in the Minnesota Green Tea Trial. *Maturitas*, 108: 1–6.

WILL CI, FOWLES W. (2003). Woman to woman: complementary therapy use in menopause. *Journal of Holistic Nursing*, 21(4): 368-382.

WILLIAMS RE, LEVINE KB, KALILANI L, LEWIS J, CLARK RV. (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2): 153–159.

WINNIE CLS, FLORENCE WMF. (2017). Menopausal-specific quality of life among women in Hong Kong. *GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC)*, 5(1).

WORD HEALTH ORGANISATION (2010). Global recommendations on physical activity for health. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf Erişim Tarihi: 07/08/2018.

WORD HEALTH ORGANISATION. (1996), Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41841> Erişim Tarihi: 15.02.2019

WORD HEALTH ORGANISATION. (WHOQOL): (1997). Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Erişim Tarihi: 16.01.2019

YANIKKEREM E, ORUC KOLTAN A, GOKER TAMAY A, DİKAYAK Ş. (2012). Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *CLIMACTERIC*, **15**: 552–562.

YAŞIN-DÖKMEN Z. (2009). Menopoz, beden imgesi ve ruh sağılığı. *Turkish Psychology Articles*, **12(24)**: 41-55.

ZIVDIR P, SOHBET R. (2017). Menopozdaki kadınların suçluluk ve utanç duygularının yaşam kalitesine etkisi. *Medical Sciences (NWSAMS)*, **12(1)**: 1-9.

EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaşınız:.....,

2) Evlilik Süreniz:

3) Eğitim düzeyiniz:

- a) Okuryazar
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise ve üzeri

4) Çalışma durumunuz:

- a) Çalışmıyor
- b) Çalışıyor

5) Aile tipiniz:

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile
- c) Yalnız yaşıyorum

6) Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir gidere eşit
- c) Gelir giderden fazla

7) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- () Hayır
- () Evet.....

8) Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

9) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

10) Doğurganlık öykünüz:

- Gebelik sayınız.....
- Doğum Sayınız.....
- Düşük Sayınız.....
- Kürtaj Sayınız.....

11) Son adet tarihiniz:

12) Menopozu nasıl algılıyorsunuz? Açıklayınız.

- a) Olumlu

b) Olumsuz.....

13) Yakın çevreniz menopoza nasıl algılıyor? Açıklayınız.

- a) Olumlu.....
b) Olumsuz

14) Sizce toplumun menopoza olan bakışı nasıl? Açıklayınız.

- a) Olumlu.....
b) Olumsuz.....

15) Menopozal döneme yönelik bilgi aldınız mı?

- a) Evet
b) Hayır
c) Kısmen

16) Menopoza yönelik sahip olduğunuz bilgileri nerden öğrendiniz?

- a) Sağlık personelinin
b) Kitap, broşür, afiş gibi yazılı materyallerden
c) Komşu, arkadaş, akrabalarından
d) Diğer.....

17) Son zamanlarda yaşamınızda sizi etkileyen aşağıdaki önemli olaylardan birini yaşadınız mı?

- () Aileden birinin ölümü
() Eşiniz ile ilgili sorun (boşanma, ayrı yaşama, geçimsizlik, şiddet)
() Çocuklarınızla ilgili sorun (çocuktan ayrılma vb.)
() Evde bakıma muhtaç birinin olması
() Diğer

18) Sorunlarınız olduğu zaman aile ve arkadaşlarınız size destek olmaya çalışır mı?

- a) Hayır b)Evet c) Bazen

19) Aile ve arkadaşlarınız sizin duygularınıza önem verir mi?

- a) Hayır b)Evet c) Bazen

20) Menopozal dönemde, bu sürece geçişinizi kolaylaştırıcı destekler nelerdir?

Açıklayınız.

.....

21) Menopozal dönemde, bu sürece geçişinizi zorlaştıran engeller nelerdir?

Açıklayınız.

.....

EK-2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

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

Hiç rahatsız edici değil 0 1 2 3 4 5 6 Son derece rahatsız edici

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
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 kaçıрма	___ 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

MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ

Hazırlayan: Arş. Gör. Aslıhan ÖZTÜRK EYİMAYA
Danışman: Prof. Dr. Ayfer TEZEL

2018

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	2
1. BÖLÜM – Menopozal Dönem ve Özellikleri	3
Kadın üreme organları ve menopoz	3
Menopozal dönemde yaşam kalitesi	6
2. BÖLÜM – Menopozal Dönemde Vazomotor Değişiklikler	9
Menopozal dönemde vazomotor değişiklikler	9
Menopozal dönemde vazomotor değişikliklerle baş etme	10
3. BÖLÜM – Menopozal Dönemde Psikososyal Değişiklikler	12
Menopozun psikolojik yönü	13
Menopozun sosyal yönü	13
Menopozda psikososyal sorunlarla baş etme	14
4. BÖLÜM – Menopozal Dönemde Fiziksel Değişiklikler	15
Ürogenital değişiklikler ve baş etme	15
Kas iskelet sistemi değişiklikleri ve değişikliklerle baş etme	18
Beslenmede değişiklikler ve baş etme	20
5. BÖLÜM – Menopozal Dönemde Cinsel Yaşam	21
Menopozal dönemde cinsel yaşamı etkileyen değişiklikler	21
Cinsel yaşam kalitesinin artırılması için yapılması gerekenler	23
6. BÖLÜM - Menopozal Dönemde Kadınlar İçin Önemli Öneriler	24
Menopozal dönem fiziksel egzersizleri	25
Solunum Egzersizleri	27
Kaynaklar	28

ÖNSÖZ

Menopozal dönem; kadınların üreme çağından, üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği dönemdir. Bu geçişte en belirgin olay adet görmenin kesilmesi yani “menopoz”dur. İnsan yaşamı bir süreç olarak düşünülürse menopozal dönem kadınlar için mutlaka geçirilecek süreçlerden biridir. Bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik dönemlerinin kendine özgü özellikleri olduğu gibi menopozal dönemde kendine özgü özellikleri vardır. Kadınlar yaşamlarının büyük bir kısmını menopozal dönemde geçirir. Yaşam süresinin uzaması ve kadınların toplumsal yaşamda daha fazla yer alması, menopozal dönem yaşam kalitesi beklentisinde artışa neden olmuştur. Menopozal dönemde yaşam kalitesinin artması için biyolojik, psikolojik, fiziksel ve cinsel alanlara yönelik, yaşam kalitesinin geliştirici eğitimler düzenlenmelidir. Menopozal dönem; kadınlara danışmanlık yapılması, döneme ilişkin yaşanan sorunların ve bu sorunlara yönelik girişimlerin eğitim programları ile desteklenmesi ve yaşlılık döneminin getirdiği birçok hastalığın önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu el kitabı; menopozal dönemdeki kadınların yaşayabilmesi olası olan sorunlarla baş etme becerisi kazanmalarına ve menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olacak bilgiler içermektedir. Menopozal dönemde yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olacak önemli bilgiler içeren bu el kitabı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı kapsamında hazırlanmıştır.

MUTLU BİR MENOPOZAL DÖNEM GEÇİRMENİZ DİLEĞİYLE...



Arş. Gör. Aslıhan ÖZTÜRK

1. BÖLÜM – MENOPOZAL DÖNEMİN ÖZELLİKLERİ

Fizyolojik bir dönem olan menopoza kadınlarda adet görmenin ve üremenin sona ermesi anlamına gelir. Kadının son adet tarihinden itibaren 1 yıl geçmiş ve kadın adet görmemişse menopoza tanısı konabilir.

Son yıllarda yaşam kalitesindeki artış ortalama yaşam süresini uzatmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için ortalama 78, erkekler için 75,3 ve kadınlar için 80,7 yıldır. Ortalama yaşam süresindeki artışa paralel olarak kadınların menopoza sonrası dönemde geçirdikleri sürede uzamıştır. Dolayısıyla kadınlar hayatlarının yaklaşık üçte birini menopoza sonrası dönemde geçirmektedir.

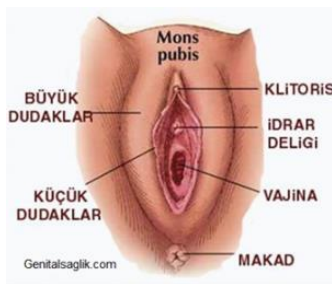


Menopozal dönemdeki kadınları menopoza geçiş süreci ve menopoza hakkında bilgilendirmek, hayatının bundan sonraki döneminde karşılaşılabileceği sağlık problemleri hakkında bilgi vermek ve bu döneme ait hissettiği endişeleri dinleyerek rehberlik etmek oldukça önemlidir.

Kadın Üreme Organları ve Menopoz

Dış üreme organları

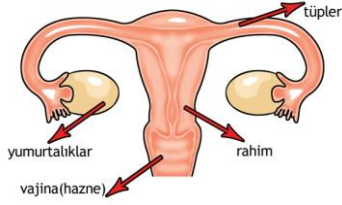
Dış üreme organları mons pubis, büyük dudaklar, küçük dudaklar, klitoris ve vestibül'den (küçük dudaklar açıldığında görülen üçgen bölge) oluşur (Şekil 1). Dış üreme organlarının büyüklüğü, rengi ve şekli, kadından kadına, yaşa, doğurganlık durumu, ırka göre değişir.



Şekil 1 Kadın dış üreme organları

İç üreme organları

Kadın iç üreme organları yumurtalıklardan, tüplerden, rahim ve vajinadan (hazneden) oluşur (Şekil 2).

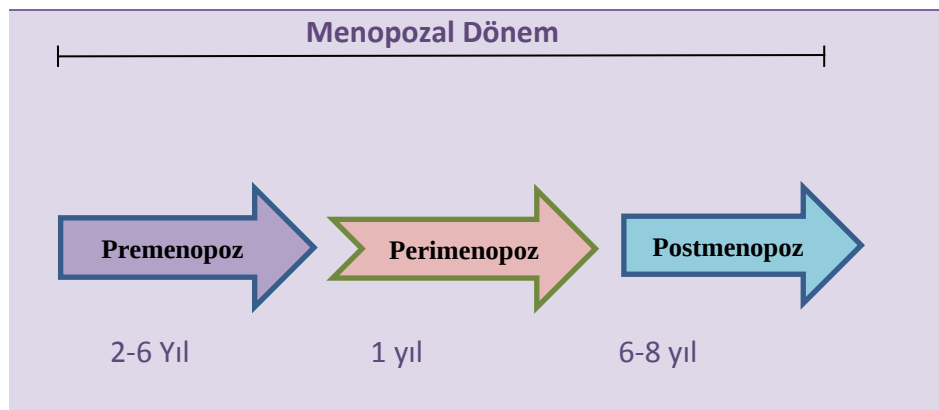


Şekil 2 Kadın iç üreme organları

Yumurtalıklar üreme hücresi olan yumurtanın oluşmasını ve “östrojen” ve “progesteron” adı verilen kadınlık hormonlarının üretimini sağlar. Yumurtalıklarda üretilen yumurta hücresi tüplerden geçerek rahime taşınır. Her ay genellikle bir yumurta hücresi yumurtalıktan tüplere doğru atılır. Döllenme tüplerde olur. Rahim döllenmiş yumurtanın yerleştiği ve bebeğin içinde büyüdüğü yerdir. Adet kanaması da rahimde gerçekleşir. Adet kanaması rahmin iç tabakasının soyularak her ay dışarı atılmasıdır. Vajina (hazne) cinsel birleşmenin gerçekleştiği organdır.

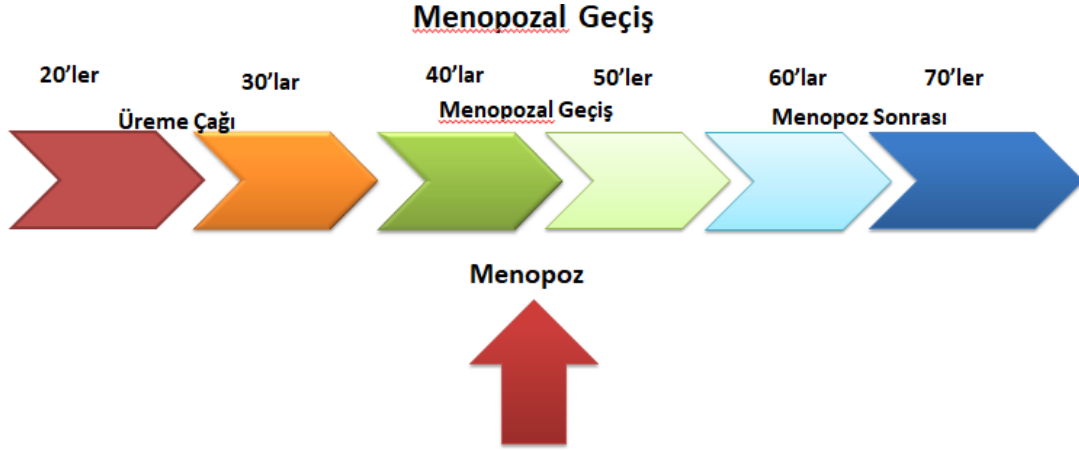
Menopoz

Kadınların cinsel olgunluk döneminden sonraki yaşam dönemine menopozal dönem (klimakteryum dönem) adı verilmektedir. Bu dönem, kadınların üreme çağından, yumurtalık fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği bir dönemdir. Bu geçişte en belirgin olay adet kesilmesi yani menopozdur. Menopozal dönem; menopozdan önceki 2-6 yıllık süreyi kapsayan premenopozal dönemden, son adetten sonra geçen 1 yıllık süreyi kapsayan perimenopozal dönemden ve perimenopozal dönemden sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsayan postmenopozal dönemden oluşmaktadır (Şekil 3).



Şekil 3 Menopozal Dönem ve Menopoz Dönemlerinin ilişkisi

Son adet kanaması olan “menopoz” tanısı geriye dönük olarak konur. Menopoz tanısı için son adet tarihi üzerinden 12 ay geçmiş olmalıdır. Menopozal dönem 40-45 yaşlarında başlar, yaşlılık döneminin başlangıcı olan 65 yaşa kadar devam eder.



Şekil 4 Menopozal Geçiş

Menopozal geçiş, kadının üreme çağından üreme sonrası çağa geçişini gösteren bir evredir (Şekil 4). Bu dönemde ortaya çıkan östrojen hormonu eksikliği kadının yaşam kalitesini düşürmektedir. Diğer yaşam dönemlerinde olduğu gibi bu dönemde de biyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler sonucu ortaya çıkan sıcak basması, terleme, huzursuzluk, depresyon, cinsellikten kaçınma, uyku sorunları gibi yakınmalar menopozal dönemlerdeki kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca kadınların yaşlanma ile ilgili endişeleri, beden imajındaki değişimler, yaşanan sağlık sorunları yaşam kalitesini düşürmektedir.

Kadınlar yaşamlarının önemli bir kısmını menopozal dönemde geçirir. Yaşam süresi uzadıkça, kadınların yaşamlarının menopozda geçen bölümü de uzamaktadır. Menopoz yaşı, ülkeden ülkeye, toplumdan topluma farklı olmakla birlikte genellikle 45-55 yaşlarını kapsar.

Menopozal dönemde amaç maksimum fiziksel enerjiyi, ruhsal ve sosyal iyiliği devam ettirmek olmalıdır. Aynı zamanda diyabet (şeker hastalığı), hipertansiyon gibi uzun dönem sağlık riskleri olabilecek hastalıkları da olabildiğince erken saptamak hedeflenmelidir.

Menopoz iki sebepten kaynaklanır. Birincisi cerrahi menopoz, diğeri doğal menopozdur.

Cerrahi menopoz, herhangi bir sebepten yumurtalıkların her ikisinin birden cerrahi olarak alınması ile ortaya çıkar. Kan ve dokulardan hızlı hormon çekilmesine baēlı olarak menopoz Őikâyetleri daha erken ve Şiddetli olarak görülür.

Doēal menopoz, hiç bir tıbbi müdahale olmaksızın adet döneminin kendiliēinden tamamen sona ermesidir. Sigara kullanımı ve genetik yapı doēal menopoz yaşını etkilemektedir.

Menopozda En Sık Görülen Semptomlar

Sıcak Basması

Uykusuzluk

Adet D zensizliēi

Cinsel İstekte Azalma



Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi

Ülkemizde kadınlar için beklenen ortalama yaşam süresi 80,7 yıldır ve ülkemizdeki kadınlarda menopozal dönemin 40-45 yaşlarında baŐladığı düşünülürse, menopozda geçecek ortalama 30-35 yılda yaşam kalitesinin korunabilmesi oldukça önemlidir. Kadın yaşamının önemli bir kısmını kapsayan menopoz ve sonrası dönemde yaşam kalitesinin yüksek olması önemlidir.

Yaşam kalitesi, kişisel saēlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan geniş bir kavramdır. Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve deēerler sistemindeki kendi yaşam algılarıdır. Kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiēine ilişkin hissettiēi bireysel duygudur. Yaşam kalitesinde kişinin içinde bulunduēu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önemlidir. Menopozal dönemdeki biyolojik, psikolojik ve sosyal deēiŐiklikler, kadının yaşam kalitesini önemli  l de etkiler.

Kadınlar menopozu yaşarken kişisel farklılık gösterirler. Dünyanın farklı bölgelerinde, farklı etnik gruplarında kadınların menopozdan beklentileri farklıdır.  rneēin bir kadın menopozu, doēum kontrolü kaygısının sonlanması olarak görürken, bir başka kadın artık  ocuk sahibi

olamayacağı için üzülebilir. Menopoz bazı kadınlar için yaşlanmanın bir işareti olabilir veya doğurganlığa önem veren bir toplumda stres yaratabilir.

Menopoza bağlı semptomlardan etkilenme düzeyi, kadınların deneyimlerine ve toplumların özelliklerine göre değişmektedir. Dünyanın doğusu ve batısı arasında menopoza giriş yaşı, menopozun algılanışı, yaşanan rahatsızlıklar ve menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesi farklılık göstermektedir.



Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek kronik hastalık riski artmıştır. Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Örneğin; osteoporoz (kemik erimesi), kalp hastalığı riskinin artması, kan lipidlerinde (yağlarında) olumsuz değişiklikler gibi bazı ciddi sorunların yanında kişinin yaşama olan uyumunu azaltıcı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunlar da gündeme gelmektedir. Menopoza bağlı bu değişiklikler her kadını farklı ölçüde etkilemekte ve kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle menopoz döneminde yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık bakımı önemlidir.

MENOPOZ SEMPTOMLARI

SICAK
BASMALARI
YILLARCA
DEVAM
EDER



UYKU PROBLERİ



AŞIRI YORGUNLUK



KİLO ALMA



HAFIZA
PROBLEMLERİ



SAÇ
PROBLEMLERİ



KEMİK KAYBI



AŞIRI CİLT KURULUĞU

Menopozal Kadınların Gereksinimleri

- Uygun beslenmenin sürdürülmesi
- Yeterli uyku ve dinlenme
- Uygun fiziksel aktivite
- Düzenli cinsel yaşam
- Gebelikten korunma
- Vazomotor değişikliklerle baş etme
- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi
- Hormon tedavisi danışmanlığı
- Stresle baş etme
- Sosyal destek



2. BÖLÜM – MENOPOZAL DÖNEMDE VAZOMOTOR DEĞİŞİKLİKLER

Menopozal Dönemde Vazomotor Değişiklikler

Menopozal dönemde ortaya çıkan vazomotor değişiklikler sıcak basmaları, gece terlemeleri ve uykusuzluk olarak sıralanabilir. Menopozal dönem boyunca bazı kadınlar şiddetli vazomotor semptomlar yaşarken, bazıları bu dönemi oldukça rahat bir şekilde geçirmektedir.

Sıcak basması başın arkasından aniden başlayan, enseye, boyuna ve göğse doğru yayılan ve aniden biten, gün içinde çok çeşitli sıklıkta olabilen artmış vücut sıcaklığı hissidir. Genellikle birkaç saniye sürse de bazen dakikalar sürebilir ve çoğunlukla geceleri olur. Sıcak basmasına sıklıkla terleme eşlik eder. Sonrasında vücut sıcaklığının düşmesine bağlı bir üşüme periyodu başlar. Günde 1-2 ataktan, 50 atağa kadar olabilir. Sıcak basmaları kendiliğinden ortaya çıkabildiği gibi bazen utanma, sıcak ortam, alkollü ya da kafeinli içecekler içmek, stres ve benzeri bazı tetikleyicilerin etkisi ile de ortaya çıkabilir.



Vazomotor semptomlar, dünyanın her yerinde menopoza giren kadınlarda görülmekte olup, bu semptomların sıklığı kişisel özelliklere, etnik ve kültürel yapıya göre farklılık göstermektedir.



Sıcak basmalarının sıklığı menopozdan hemen sonraki dönemde daha fazla görülür ve menopoz sonrası 5 yıla kadar sürebilir. Yaş ilerledikçe sıcak basmalarının sıklık ve süresi azalmaktadır. Sıcak basmalarının uzun sürmesi ve şiddetli olması kadınlarda uyku düzeni ve günlük aktiviteyi bozabilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Zayıf, egzersiz yapmayan

ve sigara içen kadınlarda sıcak basmaları daha fazla görülmektedir. Acılı yemek yemek, alkol, kafein alımı ve sıcak hava sıcak basmalarını arttırabilir. Sıcak basmaları ile birlikte çarpıntı, kafada bir dolgunluk hissi, güçsüzlük, titreme, baygınlık, bulantı, baş dönmesi, baş ağrısı ve terleme bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca gerginlik, kolay sinirlenmek, hafıza bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü sıcak basması belirtisine eşlik edebilir.



Sıcak basmalarının tedavisi, semptomların ciddiyetine, kadının yaşam kalitesini ne kadar etkilediğine, kadının sağlık durumuna ve kişisel tercihlerine göre yapılır. Sıcak basmalarının tedavisinde hormon tedavisi öncelikli olarak kullanılmaktadır. Hormon tedavisi, menopozal dönemdeki kadınlarda azalan hormon ya da hormonlarının yerine konulmasını hedefleyen bir tedavi biçimidir. Hormon tedavisi kişiye özeldir. Ayrıca kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, yaşam biçimi değişiklikleri, düzenli fiziksel egzersiz, beden sağlığına dikkat edilmesi semptomları azaltmada oldukça önemlidir.

Menopozal dönemde görülen uyku güçlüğü, gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardandır. Menopoza geçiş döneminde oluşan hormonal değişiklikler, gece sıcak basmalarını tetiklediğinde uyku düzeninde, kalitesinde ve miktarında değişiklikler meydana gelir. Uykunun yeterliliği kadının günlük aktivitelerde gösterdiği performans göz önüne alınarak değerlendirilebilir. Genel olarak birçok yetişkin için 6-9 saatlik gece uykusu yeterlidir. Uyku düzensizliklerinin tedavisine öncelikle yaşam tarzı değişikliklerini düzeltmekle başlanmalıdır.

Menopozal Dönemde Vazomotor Değişikliklerle Baş Etme

- Sıcak basması sırasında kolay çıkarılabilir giysiler tercih edin.
- Giysilerinizin kumaşları ince ve hava geçirgenliği yüksek olsun.



- Sıcak basması sırasında duş alın, vücudunuzun belli bölgelerine buz parçaları uygulamak gibi soğutma teknikleri kullanın.
- Sıcak basması başladığında rahat bir yere oturup, birkaç defa derin ve yavaş nefes alıp verin.
- Serin ortamlarda bulunmak sıcak basmalarının sıklığını, şiddetini ve süresini kısaltabilir.
- Stres sıcak basmasını başlatan bir faktördür, stresten uzak durun.
- Sıcak basmasını başlatmada rolü olan gergin, heyecanlı ortam ve olaylardan uzak durun.
- Sıcak basmasına neden olan deneyimlerinizi kaydedin ve bunlardan uzak durun.
- Sıcak içecekler, baharatlı yiyecekler, kahve, çay, sigara ve alkolden kaçınin.



- Sıcak basmalarını tetikleyen uyarıcılardan uzak durun. Örneğin; saç kurutma makinası kullanmayın, acı gıdalar tüketmeyin.
- Düzenli egzersiz yapın.



- Meditasyon, yoga, akupunktur veya masaj gibi rahatlatıcı yöntemler kullanın.



- Uyumak için kitap okuyun.
- Terletmeyen yatak çarşafı kullanın.
- Akşamları ağır yemeklerden uzak durun.



- Uyumak için uygun ortam oluşturun (sessiz, serin, karanlık). Çok sıcak ya da soğuk ortam uyku için uygun değildir.
- Yatak odasını sadece uyumak ve cinsel aktiviteler için kullanın. Örneğin televizyon izleme, çalışma için kullanmayın.

-Yattıktan sonra ilk 15 dakika içinde uykuya dalamadığınız takdirde yatak odasından farklı bir ortamda rahatlatıcı aktivitelerle ilgilenin, uykunuz geldiğinde tekrar yatağa dönün.

-Düzenli bir uyku planı için hafta sonları dahil aynı saatte uyanmaya gayret edin.

-Geceleri herhangi bir nedenle geç yatsanız bile sabahları vaktinde kalkarak günlük yaşama geçin, gündüz uyumayın.

-Aşırı sıcak ortamdan uzak durun, ortam ısı 22 derece civarında bulunmalı.

-Isınma duygusu sırasında, kolay çıkarılması için kat kat giyinmeyin. Seçtiğiniz iç çamaşırlarınızı, teri emen cinsten seçin, naylon içermesin.

-Ortama göre uygun soğutma tekniklerinden yararlanılabilir. Isınan bölgelere buz uygulama, yaş soğuk uygulama, olanak varsa ılık duş, vücut ısını azaltmada yararlı olabilir.



-Isınma duygusu başladığında kendini üşüyormuş gibi hissetmeye zorlamak da ısı kaybetmede etkili olabilir.

-Sıcak basması sırasında, sakın ve rahat bir şekilde oturup, gözlerinizi kapayarak, karda yalınayak yürüdüğünüzü ya da soğuk suda yüzdüğünüzü hayal etmek sıcaklık duygusunu azaltır.

3. BÖLÜM – MENOPOZAL DÖNEMDE PSİKOSOSYAL DEĞİŞİKLİKLER

Menopoz, kadınların yaşamında önemli ruhsal ve sosyal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Menopozla beraber kadınların ruhsal hayatlarında ciddi değişimler yaşanır, menopozla ilgili düşünceler sosyal çevreden etkilenerek oluşur. Ruhsal durumdaki dalgalanmalar, sinirlilik, anksiyete ve depresyon menopozal dönemdeki kadınlarda sık görülen rahatsızlıklardır. Bu dönemde kadının ruhsal durumu iniş ve çıkışlar gösterir. Çok

sinirli ve huzursuz olabilir ve kadınlar bu durumların kendi kontrolleri dışında olduğundan yakınırlar. Bazı kadınlarda ciddi depresyon görülebilir.

Menopozun Psikolojik Yönü

Menopozal dönem kadının hayatında kritik bir geçiş dönemidir ve gelişimsel dönemlerden biridir, tek başına ruhsal bir hastalık nedeni değildir. Bu dönem, ailesel, sosyal, mesleki, fiziksel, ekonomik ve cinsel stresörlerin ve duygusal sorunların artışına neden olabilmektedir. Menopoz öncesi yaşamında hedeflediği amaçlara erişememiş, üretken olamamış, dış çevreyle ilişkileri kısıtlı olan, olumsuz bakış açısına sahip, ev yaşamı dışında başka bir etkinliğe katılmayan kadınlarda bu dönem daha sıkıntılı yaşanabilmektedir. Ayrıca menopoz döneminde yaşanan önemli yaşam olayları menopozun psikolojik etkilerini arttırmaktadır. Özellikle ergenlik çağındaki çocuklarla yaşanan tartışmalar, yaşlı bir ebeveynin bakımı, iş yaşamındaki değişimler, işsizlik, evlilikteki olumsuzluklar, sevilen bir yakının ölümü ya da ekonomik sorunlar bu olaylardan bazılarıdır.

Menopozal dönemde en sık görülen psikolojik belirtiler; depresyon, stres, gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk, üzücü olayları daha çok hatırlama, kendini beğenmeme, özgüven kaybı ve yaşamdan zevk almada azalma, konsantrasyon eksikliği, bellek sorunları, hatırlamada güçlük, alınganlık, nedensiz ağlamalar, nedensiz korku ya da panikler ve cinsel istekte azalma olarak sıralanabilir.



Yaş, medeni durum, sigara kullanma, gelir durumu, eğitim, hormon tedavisi görme, sosyo-ekonomik durum, stresli yaşam olayları, toplumsal değerler, aile yapısı, annelik rolü, çocuklarla ilişki, geleceğe ilişkin rollerdeki değişiklikler, emeklilik, çocukların evlenip aileden ayrılmaları ve bedendeki değişimler menopozda ruh sağlığı üzerinde etkilidir.

Menopozun Sosyal Yönü

Toplumsal inançlar, beklentiler ve sosyokültürel bakış açıları kadınların menopoza yönelik tutumlarını belirlemektedir. Yani kültürel inançlar, değerler ve tutumlara bağlı olarak birey tarafından menopoz sorun veya olumlu bir durum olarak algılanabilir.

Menopozal dönemde gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam ve benzeri özellikler menopozal dönem yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Türk toplumunda kadınların aile içindeki konumu ve eşlerin bu döneme bakışı bu dönemde ortaya çıkan problemlerle başa çıkmada büyük önem taşımaktadır.

Menopozal dönem yakınmalarının şiddeti kadının eğitim düzeyi, mesleği, menopoz semptomlarının sıklığı, fiziksel ya da duygusal sorunların varlığı, kadının yaşı, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, çocuklarının sayısı, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, döneme özgü bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değer ile ilişkilidir. Yaşanan bu yakınmalar bazı kadınlarda daha yoğun, bazı kadınlarda hafif şiddette yaşanabilirken bazı kadınlarda da hiç ortaya çıkmayabilir. Menopozal dönem, menopozal yakınmalar ve beraberinde getirdiği değişiklikler nedeni ile yalnızca kadını değil aile ve toplumu da etkileyen bir süreçtir.

Bazı kültürde düzenli adet görmenin doğurganlık göstergesi olması, menopozun kadınlığın kaybı olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır. Bazı kültürlerde ise menopoz sonrası kadınların toplumdaki saygınlığı, özgürlüğü, değeri ve kabul edilebilirliği artmaktadır. Geleneksel toplumlarda ilerleyen yaşla birlikte kadının statüsü güçlü bir duruma gelir ve ailede/toplumda daha fazla söz hakkı kazanır.

Batı toplumlarında gençliğe ve güzelliğe verilen önem menopoz dönemini kadın için daha zor hale getirmektedir. Menopoz kadınlar tarafından yaşlılığın bir işareti, gücün ve güzelliğin kaybı olarak algılanmaktadır. Üremeye, adet görmeye yüklenen anlam ve yaşlanmaya ilişkin tutumlar menopozun fiziksel ve ruhsal yönden bir düşüş dönemi gibi değerlendirilmesine neden olmaktadır. Menopoz belirtileri ile baş etmeye çalışan kadına, bir de menopoza girmiş kadınlara yönelik bazı olumsuz tutumlar da eklenince, kadının kendine duyduğu saygı ve güven düşmektedir.

Menopozda Psikososyal Sorunlarla Baş Etme

-Uygun beslenmeyi sürdürün.

-Yeterli uyuyun ve dinlenin.

-Sıcak basmalarını önlemek için uygun fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz yapın.

- Düzenli seksüel yaşamı sürdürün.
- Egzersiz yapın, böylece olumlu fizik görünüş sağlayarak benlik saygınız artacaktır.
- Stres ve öfke ile olumlu baş edebilmek için solunum ve gevşeme egzersizleri yapın.
- Yoga, egzersiz, meditasyon, müzik dinleme gibi gevşeme teknikleri kullanın.
- Aile ve arkadaşlarınızla zaman geçirin.
- Yeni arkadaşlık ilişkilerini kurmak için sosyal gruplara dahil olun.
- Zevk veren aktivitelere katılın.
- Yaratıcı bir aktivite ile zihinsel ve ruhsal ihtiyaçlarınızı karşılayın.
- Kendinize zaman ayırın (masaj, pedikür, kuaföre gitme gibi kişisel aktiviteler).
- Mümkün olduğu kadar gülün.
- Gerekli durumlarda profesyonel yardıma başvurmaktan çekinmeyin.

4. BÖLÜM – MENOPOZAL DÖNEMDE FİZİKSEL DEĞİŞİKLİKLER

Menopozal Semptomlar Nasıl Azaltılır?

Düzenli Egzersiz Yaparak, Stres Azaltıcı Teknikler Kullanarak, Sağlıklı Beslenerek



Ürogenital Değişiklikler ve Baş Etme

Menopoz döneminde idrar yolu enfeksiyonlarına yatkınlık artar. Menopozda östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak bir takım ürogenital değişiklikler ortaya çıkar. Vajina ve üretra östrojene duyarlı dokudur ve düşük östrojen seviyeleri her ikisinin de gerilemesine neden olabilir. Ayrıca menopozda vajinal zarlar/duvar incelir ve daha az nem tutar. Bu iki durum kadınlarda vajinal kuruluğa neden olur.

Menopozda östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak vajina dokusu küçüldüğü ve vajina duvarı daha ince ve kuru hale geldiği için cinsel uyarı sırasında ıslanma (kayganlaşma)

daha geç ortaya çıkmaktadır. Bu durum ağırlı cinsel ilişkiye (disparoni) neden olmaktadır. Ağırlı cinsel ilişki kanama ile sonuçlanabilir. Yaşanan bu sıkıntılar nedeniyle bazı kadınlar cinsel ilişkiden tamamen vazgeçme kararı alabilir.

Yaşlanmayla birlikte idrar sıklığı artabilir. Ağırlı idrar yapma, uterus sarkması ve idrar kaçırma gibi rahatsız edici semptomlar ortaya çıkabilir. Menopozda üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık artar.

- Enfeksiyonların önlenmesi için sıvı alımı arttırılmalıdır. Günde en az 8 bardak su içilmelidir. Bol sıvı alımı idrar yoğunluğunu azaltarak bakteri çoğalmasını önler.
- Tuvalete girmeden önce ve sonra eller mutlaka yıkanmalıdır.
- Cinsel organların temizliğine özen gösterilmeli, tahriş edecek ürünlerle yıkanmamalıdır.
- Genital bölge temizlenirken “sabun, şampuan” vs. kullanılmamalıdır. Sadece su yeterlidir.
- Hazne yıkanmamalıdır (vajina içerisi).
- Genital bölge “önden arkaya” doğru temizlenmelidir (vajinadan anüse doğru).
- Mutlaka tuvalet kağıdı kullanılmalıdır.
- Akıntı önlemek amacıyla vajina ağzına “pamuk veya tuvalet kağıdı” koyulmamalıdır.
- İç çamaşırı her gün değiştirilmeli ve pamuklu iç çamaşırları tercih edilmelidir.
- Perine bölgesini sıkı kıyafetlerden kaçınılmalıdır.
- Genital bölge kuru kalmalıdır.
- İdrar kaçırmaktan korkan kadınlar için küçük, ince ped kullanımı güven vericidir.

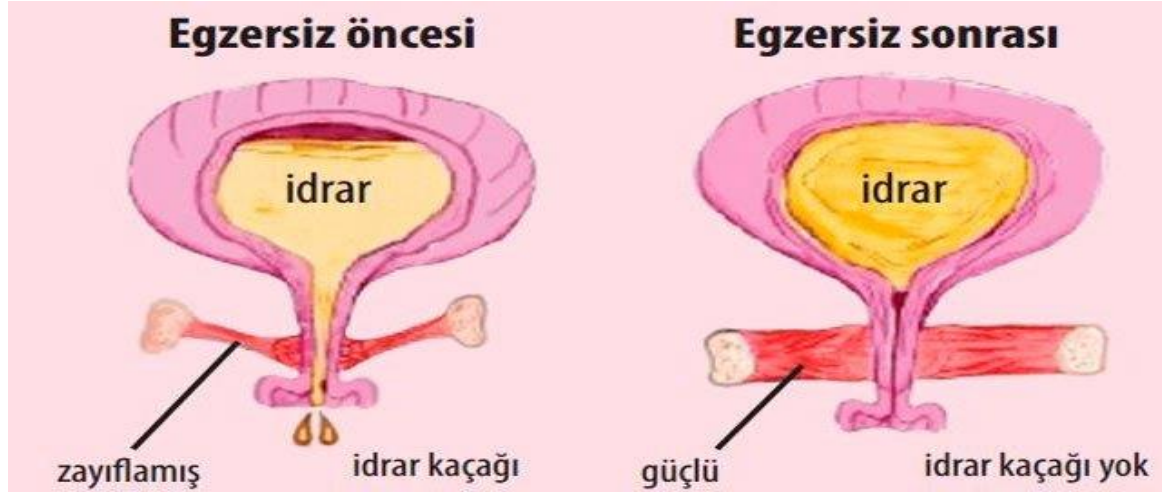
Adet dönemlerinde

- Pedler sık aralıklarla değiştirilmelidir.
- Pedler değiştirilmeden önce ve sonra eller yıkanmalı ve pedin üreme organlarına temas edecek yüzeyine dokunulmamalıdır.
- Kesinlikle havuza/denize girilmemelidir.
- Genital temizlik ihmal edilmemelidir.
- Ayakta duş alınması tercih edilmelidir.

Kegel egzersizleri

Pelvis tabanı adı verilen bölgede idrar yapmak için kullanılan kas grubuna pelvis taban kasları adı verilir . Üreme organları çevresindeki bu kasların gücü menopozdan sonra azalır. Kegel egzersizleri bu kaslarla yapılır ve bu kasları güçlendirir. Düzenli yapıldığında uterus

sarkmasını ve stres inkontinansı (idrar kaçırma) önler. Ancak egzersizler bırakılırsa şikayetler tekrar geri döner. Kegel egzersizlerinin amacı yıpranmış, güçsüz düşmüş, idrarın uygunsuz bir zamanda boşalmasına neden olan bu kasların güçlenmesini sağlamaktır.



Eğer kadın idrar yaparken, idrarını durdurabiliyorsa kasların gücü iyi demektir. Çünkü idrar yaparken idrarı yarıda kesmek için kullandığınız kaslar kegel egzersizi esnasında çalıştıracığımız kaslardır. Kegel egzersizleri her yerde uygulanabilir ve dışarıdan bu egzersizleri uygulandığı anlaşılmaz.

Kadın kasların yerini saptadıktan sonra egzersizleri şu şekilde yapar:

1. Yavaş; Kaslar sıkılı, üçe kadar sayıncaya kadar tutulur, sonra gevşetilir.
2. Hızlı; Kaslar mümkün olduğu kadar hızlı olarak sıkılır ve gevşetilir.
3. İçe çekme- dışa itme egzersizleri; vajinada var olduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi pelvik taban sıkılarak yukarı çekilir, sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı doğru hafif ıkınılır.

Bu egzersizler her gün düzenli olarak uygulanmalıdır. Günde en az 5-10 kez yapılan egzersizler, her seferinde en az 5 kez tekrarlanmalıdır. İdrar yaparken bu egzersizler uygulanmaz.

Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ve Değişikliklerle Baş Etme

Osteoporoz

Osteoporoz kemikte kitle kaybı anlamına gelir. Osteoporoz kalsiyum kaybının artması sonucunda kemiklerin kolayca kırılabilir hale gelmesidir. Menopoz dönemi kadınlarda osteoporoz çok sık görülür. Kadınlarda menopoz döneminde, östrojen hormonu seviyesinin düşmesine bağlı olarak kemik kütlesi kaybı hızlıdır.

Osteoporozdan korunmak için;

1. Beslenmenize özen gösterin.
 - Kalsiyumdan zengin besinler tüketin.
 - Pekmez, kuru baklagiller ve yeşil yapraklı sebzeleri her gün tüketin.
 - Tuzu azaltın.
 - Güneş ışınlarından daha fazla yararlanın.
 - Kafein içeren kahve, kolalı içecekler, çikolata gibi besinleri tüketmeyin.
2. Düzenli fiziksel aktivite yapın.
 - Yakın mesafeler için araba değil, yürümeyi tercih edin.
 - Asansör yerine merdiven kullanın.
 - Yürüyüş yapın.
 - Bahçe ve ev işleri ile uğraşın.
 - Haftada en az 3 gün düzenli egzersiz yapın.

Menopozal dönemde yapılan egzersizin osteoporozla baş etme, kardiovasküler sağlığı koruma, sosyal ve psikolojik sağlığı yükseltme, sigarayı bırakma gibi sayısız yararı vardır. Bu dönemde yapılan egzersiz uyku düzenini ve kilo kontrolünü sağlar, kan dolaşımınızı hızlandırır ve depresyondan korur.



Bu yaşlardaki kadınlar minimum 30 dakika egzersiz yapmalıdır. Bu süre giderek arttırılır. Uzun kır yürüyüşleri, hızlı yürüme, ip atlama, bisiklet sürme, yüzme, yoga, dans gibi günlük yaşam içine yerleştirilen egzersizlerin, genel sağlının ilerletilmesine ve menopozal sağlık sorunlarının sağaltımına katkısı önemli düzeydedir. Günde 30-60 dakikalık yürüme ve merdiven çıkma egzersizleri, kemik kaybını geciktirmekte ve kemik yoğunluğunu arttırmaktadır.



Deri değişiklikleri ve estetik

Östrojenin etkilediği en önemli bölgelerden biri de cilttir. Menopozla beraber deri incelir, deri altı yağ dokusu gerilemeye uğrar, deride lekelenmeler artar ve elastikiyetini kaybeder, sonuçta ciltte bozulmalar görülür. Ciltte kuruluk, sarkma, kırışma, memelerde sarkma gibi değişiklikler, fizyolojik fonksiyon bozukluğu ve hastalık olmamasına rağmen gençliğin ve kadınsı cazibenin kaybı olarak değerlendirilir. Bu durum kadınlarda özėüvenin ve özsaygının zedelenmesine yol açabilir.

Menopozda deri sağlının sürdürölmesi için yapılması gerekenler:

-Sağlıklı beslenme ve bol su içilmesi, pek çok yararının yanı sıra deri sağlını içinde önemlidir. Egzersiz, kasların gerginliğini ve sertliğini, vücudun dengesini ve esnekliğini sağlama yanında, deri sağlığına da katkıda bulunur.

-Menopozal kadında, çene, dudak üstü, göğüs ve karında çıkan kalın tüyler, ağda ve epilasyon ile azaltılabilir.

-Arzu edilirse cilt değışiklikleri ve saçların ağarmasına çözüm olarak kozmetik ürünlerden yararlanılabilir.

Kadının cazibe tanımı, benlik saygısını etkilediğinden kadın bu değışikliklerle başa çıkmasında asıl önemli faktör, olumlu beden imajı geliştirmesidir. Saçlardaki akları, ciltteki kırışıklıkları kabullenme, başka değerleri ilgileri olan kadınlarda daha kolay olmaktadır. Yeni ve yaşa uygun giysiler, yeni saç modeli ile bakım, hobileri ve sosyal çevresi ile entelektüel olan ve yaşam felsefesinde bilgeliğe erişen hiçbir kadın çirkin olamaz.

Beslenmede Değişiklikler ve Baş Etme

Menopozda östrojen azalmasına bağlı metabolik hız yavaşlar ve kilo almaya eğilim artar. Yine östrojen azalmasına bağlı kolesterol düzeyinde de artış görülür. Bu nedenle karbonhidrat ve yağlı besinlerden kaçınılmalı, yemekte sıvı yağlar özellikle zeytinyağı tercih edilmelidir. Yiyeceklere yeşillik, baharat vb. çeşnilerle şeker veya tuz eklenmeden ya da çok az eklenerek yeni tatlar keşfedilmelidir. Meyve ve sebze yönünden ağırlıklı beslenme vücut direncini arttırması yönünden önemlidir. Menopozda östrojen yetmezliğine bağlı kalsiyum emilimi bozulacağından, kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin gıdalara gereksinim vardır. Yağsız süt ve yoğurt, vitamin D ve kalsiyum için iyi birer kaynaktır. Diğer yüksek kalsiyum kaynakları, balık, ıspanak, yeşillik, susam, koyu yeşil yapraklı sebzeler ve karnabahardır. En iyi kalsiyum kaynağı yiyeceklerdir ancak; kalsiyum takviyesi de bu dönemde tavsiye edilmektedir. Kalsiyum kemik kütlelerinin kaybını tersine çeviremezse de veya kırılmayı önleyemezse de, menopozdan sonra osteoporoz gelişimini geciktirebilir.

E vitamininin düzenli kullanıldığında sıcak basmalarını ve halsizliği önlediği rapor edilmiştir. E vitamini ıspanakta, yer fıstığında, çiçek yağında, soya fasulyesinde ve buğdayda bulunur.



Obezite orta yaş ve yaşlı kadınlarda sık görülen sağlık problemidir. Kadınların doğurganlık yıllarından çıktıkça, diyetlerini değiştirmeleri gerekebilir. Metabolik hız yaşla birlikte azaldığı

için ve birçok kadın daha az egzersiz yaptığı için kadınlar kilolarını korumak amacı ile daha az kalori almalıdırlar.

5. BÖLÜM – MENOPOZAL DÖNEMDE CİNSEL YAŞAM

Cinsellik, hangi yaşta olursa olsun yaşamın önemli bir parçasıdır. Menopozal dönemde ortaya çıkan hormonal değişimlerle birlikte, yaşam tarzı, cinselliğe ilişkin deneyimler, kültürel faktörler, dini inanışlar, eş ile olan iletişim ve çevresel faktörler menopozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamını etkilemektedir. Menopoz sonrası dönemde cinsel yaşamın nasıl devam edeceği kadının bu dönemi nasıl algıladığı ile yakından ilişkilidir. Kadın bu dönemi normal kabul eder ve yaşam tarzını durumuna uygun şekilde planlarsa cinsel yaşamını olabildiğince sağlıklı olarak sürdürebilir. Ancak menopoza her şeyin sonu olarak görmek cinsel yaşamı olumsuz etkiler.



Menopozal Dönemde Cinsel Yaşamı Etkileyen Değişiklikler

Östrojen azalmasına bağlı damar yapıları etkilenir, vajinal kan dolaşımı bozulur ve cinsel hazın oluşmasında güçlükler ortaya çıkar. Kadınlarda uyarılmada gecikmeler, cinsel istek kaybı, ağrılı cinsel ilişki, cinsel ilişki sıklığında azalma görülür. Östrojen üretimindeki azalma vajinal kuruluğa yol açarak cinsel fonksiyonu doğrudan etkilerken, ateş basması ve gece terlemeleri de kadınlarda enerji kaybına, dolayısıyla libidoda azalmaya neden olabilir.

Düşük östrojen seviyesinin neden olduğu vajinal kaslarda küçülme/gerileme ve kuruluk uyarılmanın uzun zaman almasına veya zorlaşmasına cinsel ilişki sırasında ağrı yaşanmasına neden olur. Ağrının tekrar yaşanacağına ilişkin kaygı, cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olabilir ve vajinal ıslanmada azalmaya yol açabilir.

Kadının beden imajında meydana gelen değişimler, kadının cinsel kimliğinde değişim deneyimlemesine neden olur. Örneğin ciltte meydana gelen kırışıklıklar, saçlarda beyazlama ve dökölme kadının beden imajında meydana gelen değişimlerdendir. Menopozal dönemde ortaya çıkan genel sağlık sorunları da cinsel yaşamı olumsuz etkiler. Orta yaştan sonra görölme sıklığı artan kronik hastalıklarda (kalp-damar hastalıklar, diyabet ve kanserler) kadının genel ve cinsel sağlığını olumsuz etkileyebilir. Menopozal dönemde eşler arasındaki ilişki cinsel yaşamı önemli derecede etkilemektedir.

Kadınlardaki cinsel isteğin azalmasını etkileyen pek çok faktör vardır:

Sıcak basmaları ve gece terlemeleri: Genelde uyku sırasında ortaya çıkmaktadır.

Partnerlerine yakın uyumaktan hoşlanan kadınlar, ateş basmaları nedeni ile daha uzak yatmayı ya da yatakları ayırmayı tercih etmektedir. Geceleri uyuyamama sonrasında yorgunluk, yakınlık kurulamadığı için cinsel istekte azalma ve çiftler arası uyum sorunları ortaya çıkmaktadır.



İdrar kaçıрма: İlerleyen yaşlarda idrar yapma güçlükleri ortaya çıkar. İdrar kaçırmaya kadınların sosyal, psikolojik ve cinsel yaşamını etkiler. Cinsel ilişki sırasında kontrolsüz idrar kaçırmaya, kadının eşine karşı utanması, yetersizlik duygusu ve suçlu hissetmesine neden olur.



Gebelikten korunma: Kesin menopoz tanısı konana kadar (son adetten 12 ay sonrasına kadar) gebelik riski devam etmektedir. Menopoz öncesi dönemde düzensiz yumurtlamalar olabileceği göz önünde bulundurulmalı, etkin bir gebelikten korunma yöntemi mutlaka tercih edilmelidir. Uygun aile planlaması yöntemi kullanımı eşler arasında cinsellik açısından iyileşmeler sağlayarak kadının yaşam kalitesini arttıracaktır. Ayrıca, ileri yaş gebelikler riskli gebelikler sınıfında yer alıp, hem anne hem de bebek açısından ciddi riskler taşımaktadır.



Aile planlaması yöntemlerinden bariyer yöntemler ileri yaşlardaki çiftler için uygun seçeneklerdir. Özellikle spermisitler, vajinal kuruluk olan kadınlar için kayganlaştırıcı işlevi görürler. Prezervatif ve diyafram ile birlikte spermisit kullanımı ise cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucudur.

Cinsel yaşam kalitesinin artırılması için yapılması gerekenler

- Eşler birbirleri ile menopozun cinsel yaşamlarını nasıl etkilediğini açık açık konuşmalıdır.
- Fiziksel değişiklikler cinsel uyarılmayı yavaşlattığı için ön sevişme uzatılmalıdır.
- Düzenli olarak cinsel aktivite sürdürülmelidir.
- Perinedeki kas tonusunu arttırmak için kegel egzersizleri yapılmalıdır.
- Düzenli egzersiz ve sağlıklı bir diyet uygulanarak ideal kiloda kalınmalıdır.
- Var olan sağlık sorunları için tedavi olunmalıdır.
- Östrojen kremleri veya hormon tedavisi vajinal kuruluğun tedavisinde etkilidir, bu konuda doktora başvurulmalıdır.
- Su bazlı vajinal kayganlaştırıcılar ve nemlendiriciler vajinal kuruluğun giderilmesi için kullanılabilir.
- Kayganlık gerektiğinde, vajinal kullanım için özellikle tasarlanmış ürünler tercih edilmelidir. Birçok el-cilt kremi içerdiği alkol ve parfüm benzeri maddeler nedeniyle vajina dokusunda tahriş yapar.

6. BÖLÜM - MENOPOZAL DÖNEMDE KADINLAR İÇİN ÖNEMLİ ÖNERİLER!

SICAK BASMASI İÇİN GÜN BOYUNCA

- Kat kat giysiler giyinin, böylece sıcak basması durumunda çıkarabilirsiniz.
- Sıcak basmasına neden olan "tetikleyiciler" den kaçınin; Bunlar arasında sıcak günlerde yoğun egzersiz yapmak, baharatlı yiyecekler yemek, kafein, sıcak içecekler ve alkol içmek yer alır.
- Yüzünüzü soğuk suyla yıkayın, su için ya da serin bir duş alın.
- Yavaş, derin nefes almayı deneyin.

GECE

- Pamuklu giysiler giyerek uyuyun, pamuklu çarşaf kullanın ve odayı serin tutun.
- Geceleri çok sıcak tutan, ağır battaniyeleri kullanmaktan kaçınin.
- Bir termos suyu yatağın yanında tutun.

UYKUSUZLUK

- Akşamları kahve, alkol ve sigara kullanmaktan kaçınin.
- Düzenli egzersiz yapın ancak egzersizi gündüz ve akşamüstü ile sınırlayın.
- Rutin uyku zamanı geliştirin.
- Yatağa gitmek için düzenli bir zaman oluşturun.
- Ilık süt içmeyi veya ılık bir banyo yapmayı deneyin.
- Yatağınızı sadece uyku veya cinsel aktivite için kullanın; TV izleme, okuma, vb. için kullanmayın.
- Eğer uyuyamıyorsanız, kalkıp ve yorgunluk hissedene kadar bir şeyler yapın.
- Gün boyunca uyumaktan kaçınin.
- Yastığınızı üstüne lavanta yağı serpin.
- Papatya çayı için

BAŞ AĞRISI

Stresten kaçınmaya ve bol bol dinlenmeye çalışın.
Doğal idrar söktürücüler (maydanoz) içeren yiyecekler yiyecek veya için.

ÜROGENİTAL BELİRTİLER

- Bol miktarda su için, sık sık idrara çıkıp mesanenizi boşaltın.
- Her gün kegel egzersizi yapın.
- Pamuklu iç çamaşırı giyin ve uzun süre ıslak mayo giyinmekten kaçın.
- Vajinal kuruluk için suda çözünür yağlar kullanın.

SİNİRLİLİK, GERGİNLİK

- Yoga ve meditasyon yapın.
- Rahatlama ve derin nefes egzersizleri yapın.
- Olumlu şeyler hayal edin.



MENOPOZAL DÖNEM FİZİKSEL EGZERSİZLERİ

Boyun Egzersizleri

- Başınızı fazla zorlamadan öne ve arkaya doğru yavaşça hareket ettirin.
- Başınızı sola doğru döndürerek 3 saniye bekleyin. Biraz dinlendikten sonra sağa doğru dönerek tekrarlayın.
- Elinizi alnınıza koyarak başınızı öne doğru itin bu arada elinizle engel olmaya çalışın.
- Elinizi başınızın arka kısmına (enseye değil) koyun. Başınızı arkaya doğru itmeye çalışırken elinizle engel olmaya çalışın.
- Sol elinizi başınıza dayayın. Elinizin direncine karşı başınızı sağa doğru itmeye çalışın. Hareketi el değiştirerek tekrar uygulayın.
- Oturur pozisyonda bir elinizi bacağınızla sabitleyin. Diğer elinizle başınızı tutup yana doğru açmaya çalışın. Burada 15-20 saniye bekleyin. Dinlenip hareketi aksi yönde tekrarlayın.
- Oturur pozisyonda ellerinizi arkada birleştirin. Başınızı sağ ya da sol yana çevirip geriye doğru çekin.
- Oturur pozisyonda ellerinizi birleştirin önce kolları yukarı sonra öne doğru gerin.

Bel Egzersizleri

- Sırtüstü yatın, elinizle dizinizi kavrayın ve diğer dizin düz olmasına dikkat ederek, mümkün olduğunca kendinize doğru çekin. Burada 15-20 saniye bekleyin ve geri bırakın.
- Sırtüstü uzanın. Dizlerinizi bükün ve kendinize doğru mümkün olduğunca çekin. 15-20 saniye bekleyin ve hareketi tekrarlayın.
- Bir havlu veya çarşaf yardımıyla, bir bacağınız yerden temasını kesmeden öbür bacağınızı ayak bileğinizden kendinize doğru çekin. Burada 15-20 saniye bekleyin ve geri indirin.
- Sırtüstü pozisyonda dizlerinizi hafifçe bükün. Ayak tabanınız yere basarken kalçanızı yavaşça yukarı kaldırın. 5 saniye bekleyin ve geri indirin.
- Sırtüstü uzanıp dizlerinizi hafifçe bükün. Kollarınızı sağa doğru uzatın ve bu yönde başınızı ve gövdenizi hafifçe kaldırın. 5 saniye bekleyin ve tekrar sırtüstü uzanın. Dinlenip hareketi aksi yönde tekrarlayın.
- Yüzüstü uzanın. Kollarınızı iki yana uzatın. Başınız düz bir şekilde gövdenizi yukarı kaldırın. 5 saniye bekleyip vücudunuzu düzleştirin ve hareketi tekrarlayın.

- Ayakta pilates lastiğini ayağınızın altında geçirin ve iki elinizin önce birini daha sonra diğerini yukarıya doğru çekin.
- Pilates lastiğinin bir ucunu ayağınıza sarın ve ters taraftaki elinizle diğer ucundan tutun. Ayağınızı sağa ve sola hareket ettirin. Sonra diğer ayağınızı yapın.
- Ellerinizi ve dizlerinizin üzerinde şekildeki gibi durun. Karnınızı içe çekerken başınızı öne eğin ve sırtınızı yukarı kaldırın.
- Sonra başınızı kaldırıp belinizi aşağı doğru yavaşça çukur hale getirin.

Diz ve Kalça Egzersizleri

- Yüzüstü uzanın. Bir bacağınızın altına ince bir yastık yerleştirin. Aynı taraf elinizle ayak bileğinden tutarak dizinizi bükmeye çalışın.
- Bir dizinizi bükün. Öbür bacağınızı düz bir şekilde 15-30 cm kadar yukarı kaldırın. Burada 5 saniye bekleyin ve geri indirin.
- Yana doğru yatın, alttaki bacağınızı biraz bükün. Üstteki bacağınızı dizleriniz bükülmeden düz şekilde yukarı kaldırın. 5 saniye bekleyin ve geri indirin.
- Yüzüstü uzanın. Kalçanız yerden temasını kesmeden bacağınız düz şekilde yukarı kaldırın. 5 saniye bekleyin ve geri indirin. Dinlenip hareketi öbür bacağınızda tekrarlayın.
- Sırtüstü uzanın. Bacağınızın arasına ince bir yastık yerleştirin. Bu pozisyonda bacaklarınızı birbirine doğru itin.
- Bir sandalye veya yatak kenarında oturun. Ayağınızı kendinize doğru çekip bacağınızı düzleştirin. 5 saniye bekleyip hareketi öbür bacağınızda tekrarlayın.
- Bacağınız düz bir şekilde oturun. Dizlerinizin altına ince bir yastık (veya rulo havlu) koyun. Kalçanızı kasmadan dizlerinizi aşağıya doğru bastırın. 5 saniye bekleyin ve dinlenip hareketi tekrarlayın.
- Yüzüstü yatarak dizlerinizi sırayla arkaya doğru bükün. Düzenli şekilde hareketleri tekrarlayın.
- Bacaklarınız duvardan bir adım önde iken sırtınızı duvara dayayın. Dizlerinizi kırarak yavaşça çömelmeye çalışın. Burada 5 saniye bekleyin. Sırtınız duvardan ayrılmadan tekrar düzleşin.
- Köşe olan bir duvara dönüp ellerinizi duvara uzatın ve güçlü bir şekilde gövdenizi köşeye itin.

SOLUNUM EGZERSİZLERİ

- **Tam Solunum;** düz bir zeminde bağdaş kurarak ya da bir sandalyede oturarak ve bir elinizi karnınıza bir elinizi göğsünüze koyun. Derin bir nefes alın ve hem karnınızı hem de göğsünüzü şişirin. Yavaş yavaş verin, hem karnınız hem de göğsünüz tamamen boşaltın.
- **Göğüs Solunumu;** düz bir zeminde bağdaş kurarak ya da bir sandalyede oturun ve iki elinizi de göğsünüze koyun. Derin bir nefes alın ve sadece göğsünüzü şişirin. Yavaş yavaş verin.
- **Karın Solunumu;** düz bir zeminde bağdaş kurarak ya da bir sandalyede oturun ve iki elinizi de karnınıza koyun. Derin bir nefes alın ve sadece karnınızı şişirin. Yavaş yavaş verin.



Ek-4.



T.C.
ALTINDAĞ BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü



22/11/2017-E.3

Sayı : 82286560-748.01.01.03
Konu : Ar. Gör. Aslıhan ÖZTÜRK'ün Doktora
Tezini Yürütebilmesi İle İlgili Dilekçe
Hk.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Hemşirelik Anabilim Dalı

İlgi : 59137464-806.01.03-E.12113

Anabilim Dalınız Doktora öğrencilerinizden Arş. Gör. Aslıhan Öztürk'ün Prof. Dr. Ayfer Tezel'in danışmanlığında yürüteceği "Klimakteryum Dönemindeki Kadınlara Verilen Yapılandırılmış Eğitimin Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli doktora tezi çalışmasını birlikte karar vereceğimiz Kadın Eğitim ve Kültür Merkezlerinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Cengiz KESKİN
Müdür

Ek-5.

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 20/11/2017

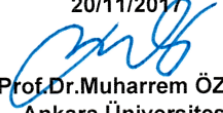
Toplantı Sayısı : 19

Karar Sayısı : 319

319-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aslıhan Öztürk**'ün "Menopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Meleis'in Geçiş Teorisi'ne Göre Yapılandırılmış Eğitimin Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili 26/10/2017 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aslıhan Öztürk**'ün "Menopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Meleis'in Geçiş Teorisi'ne Göre Yapılandırılmış Eğitimin Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili çalışmasının, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
20/11/2017


Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-6. Aydınlatılmış Onam (Deney Grubu İçin)

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Meleis’in Geçiş Teorisi’ne Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi”dir. Araştırmanın amacı menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Araştırmada sizinle ilgili bilgiler bir ölçek ve kişisel bilgi formuyla öntest ve sontest olacak şekilde toplanacaktır.

Kişisel bilgi formu sizlerin menopozal yaşam kalitenizi etkileyebileceği düşünülen ve literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan 21 sorudan oluşmaktadır. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği menopozda özgü yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup 29 sorudan oluşan bir ölçektir. Anketi cevaplamanız yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

Ölçek ve kişisel bilgi formu ile öntest verileri toplandıktan sonra, sizlere beş hafta boyunca haftada bir gün iki saatlik sürede menopa özgü eğitim verilecektir. Bu eğitim menopoz döneminde stresle baş etme, kişisel bakım, uygun fiziksel aktivite, menopozda cinsel yaşam gibi menopozda yaşam kalitesini arttıracak literatür doğrultusunda belirlenen bir programdan oluşacaktır. Eğitim bitiminde ölçek formu tekrar uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almayı kabul etmek, sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır ve size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Ad, soyad:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacının,

Adı soyad:

Adres:

Tel:

İmza:

Aydınlatılmış Onam (Kontrol Grubu İçin)

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Meleis’in Geçiş Teorisi’ne Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi”dir. Araştırmanın amacı menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Araştırmada sizinle ilgili bilgiler bir ölçek ve kişisel bilgi formuyla öntest ve sontest olacak şekilde 5 hafta ara ile toplanacaktır.

Kişisel bilgi formu sizlerin menopozal yaşam kalitenizi etkileyebileceği düşünülen ve literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan 21 sorudan oluşmaktadır. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği menopozal özgü yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup 29 soru içeren bir ölçektir. Anketi cevaplamanız yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Bu araştırmada yer almayı kabul etmek, sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır ve size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Ad, soyad:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacının,

Adı soyad:

Adres:

Tel:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Aslıhan

Soyadı: Öztürk Eyimaya

Doğum yeri ve tarihi: Turhal-1988

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi: as_ztrk@hotmail.com

II- Eğitimi

2015-2019 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Doktora

2014-2015 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Yüksek Lisans

2008-2012 İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Sağlık Yüksek Okulu-Lisans

2002-2006 Turhal Cumhuriyet Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı)-Lise

1994-2002 Turhal Şeker İlköğretim Okulu-İlköğretim

Yabancı Dili: İngilizce

III- Ünvanı

2012-... Araştırma Görevlisi

IV- Mesleki Deneyimi

2012-2013 Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Araştırma Görevlisi

2013-2018 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Araştırma Görevlisi

2018-... Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Araştırma Görevlisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği 2012-...

Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği 2014-...

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Makaleler

Öztürk A, Tezel A, Öztürk FÖ. (2019). Bir ortaöğretim kurumunda akran zorbalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 11(1), 82-88. (ESCI)

Öztürk A, Sezer TA, Tezel A. (2018). İlkokul öğrencilerinin uyku ve televizyon izleme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Journal of Turkish Sleep Medicine, 5, 73-80. (ESCI)

Özdemir F, **Öztürk A**, Karabulutlu Ö, Tezel A. (2018). Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, 68(2), 210-215. (SCI-E)

Öztürk A, Öztürk FÖ, Tezel A. (2017). Yaşlı ve yalnız bir kadının halk sağlığı hemşiresi gözüyle değerlendirilmesi: bir olgu, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(123)13-21.

Tezel A, **Öztürk A**. (2017). Seks işçileri ve sağlık riskleri. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs – Special Topics, 3(3):172-5

Öztürk A. (2017). Primary care approaches in lip palate clefts and prevention. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 11 (3), 202-208. DOI: 10.21763/tjfmpe.336160

Öztürk A, Tezel A. (2017). Halk sağlığı hemşireliğinde eleştirel düşünme. e-Sağlık Hemşirelik Dergisi, 6(23): 46-51.

Öztürk A, Tezel A. (2017). Sistem yaklaşımında hemşireliğe bakış. e-Sağlık Hemşirelik Dergisi, 6(22): 28-33.

Öztürk A, Tezel A. (2016). Halk sağlığı hemşiresinin savunucu rolü. e-Sağlık Hemşirelik Dergisi. 5(18): 10-15.

Öztürk A, Tezel A.(2016). Şiddet ve istismarda risk yaklaşımı. e-Sağlık Hemşirelik Dergisi, 5(17): 8-14.

Öztürk A, Tezel A. (2016). İş sağlığı hemşireliği ve ülkemizdeki durumu. e-Sağlık Hemşirelik Dergisi, 4(15): 28-33.

Öztürk A, Tezel A. (2016). Okul sağlığı hemşireliği. e-Sağlık Hemşirelik Dergisi, 4(14): 38-43.

Bildiriler

Karaman A, **Öztürk A**, Gümüşkaya O, Kanan N. Hemşirelik Öğrencilerinin Lisans Tamamlama Programlarına İlişkin Görüşleri, 10. Ulusal Uluslar Arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 26-30 Nisan 2011, Gaziantep (Sözel).

Öztürk FÖ, **Öztürk A**, Tezel A, Bir Okul Sağlığı Uygulamasında Ağız Diş Sağlığı Değerlendirmesi, 3. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu 8-9 Eylül 2014, Ankara (Poster).

Öztürk A, Öztürk FÖ, Tezel A. Yaşlı ve Yalnız Bir Kadının Halk Sağlığı Hemşiresi Gözüyle Değerlendirilmesi: Bir Olgu, I. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17-20 Haziran 2015, İzmir (Sözel).

Öztürk A., Tezel A., Evaluation of Stres Level of Railway Workers, 3. Euro Nursing and Medicare Summit. Valencia, Spain, July 27-29, 2015 (Poster).

Özdemir F, **Öztürk A**, Karabulutlu Ö, Tezel A, Utkan M. Postpartum dönemdeki annelerin yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün belirlenmesi. II. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi “İyi Bakım Uygulamaları”, 25-26 Şubat 2016, Antalya. (Poster Sunumu).

Öztürk A, Tezel, A. “Bir kamu kurumunda çalışan işçilerin iş stres düzeylerinin değerlendirilmesi, 15. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği - 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, 26-29 Mayıs, 2016. Adana. Türkiye, ss. 285-286, (Poster Bildiri).

Öztürk A, Tezel, A. Öztürk FÖ. “Bir ortaöğretim kurumunda akran zorbalığının değerlendirilmesi”, 15. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği - 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, 26-29 Mayıs, 2016, Adana, Türkiye. ss.71 (Sözel Bildiri).

Öztürk A, Tezel A. Evaluating occupational stres levels of the employess employed in a public institution. 15th Euro Nursing & Medicare Summit. October 17-19, 2016, Rome, Italy (Sözel Bildiri).

Tezel A, **Öztürk A**. Evaluating of working conditions in a public institution. 15th Euro Nursing & Medicare Summit. October 17-19, 2016, Rome, Italy (Sözel Bildiri).

Öztürk A. “Dudak/Damak Yarıklarında ve Önlemede Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımları” 3. Uluslararası dudak damak yarıkları kongresi. 1-4 Aralık 2016, Konya. (Sözel Bildiri).

Öztürk FÖ, Tezel A., **Öztürk A.** (2017) Hemşirelik Öğrencilerinin Politik Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. 5. Uluslararası 16. Ulusal hemşirelik kongresi. 5-8 Kasım 2017, Ankara.

Öztürk FÖ, Tezel A., **Öztürk A.** (2017) Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. 5. Uluslararası 16. Ulusal hemşirelik kongresi. 5-8 Kasım 2017, Ankara.

Öztürk A, Arslan Özdemir E, Tezel A, Duyan V. (2017). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Öz-Denetim Becerilerinin Değerlendirilmesi. 5. Uluslararası 16. Ulusal hemşirelik kongresi. 5-8 Kasım 2017, Ankara.

Öztürk A, Sezer TA, Tezel A. (2017). İlkokul Öğrencilerinin Uyku ve Televizyon İzleme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. 5. Uluslararası 16. Ulusal hemşirelik kongresi. 5-8 Kasım 2017, Ankara.

Öztürk A, Tezel A. Menopozal döneme geçiş: Teorik bir bakış. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23-26 Nisan 2018, Ankara. Poster Bildiri.

Öztürk A, Dıǧrak E, Zengin H, Tezel A. Mezun Durumundaki Öğrenci Hemşirelerin Halk Sağlığı Hemşireliği Yeterliliklerinin Belirlenmesi. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23-26 Nisan 2018, Ankara. Sözel Bildiri.

Zengin H, Dıǧrak E, **Öztürk A,** Tezel A. PRECEDE- PROCEED Modele Göre Yapılandırılan Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara. 23-26 Nisan 2018, ss :64

Dıǧrak E, Zengin H, **Öztürk A,** Tezel A. Öğretmenlerin Bakış Açısıyla Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamasının Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara. 23-26 Nisan 2018, ss: 229.

Dıǧrak E, **Öztürk A,** Zengin H, Tezel A. Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Uygulama Alanı Olan İlkokullarda Öğrencilerinin Sağlık Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara. 23-26 Nisan 2018, ss:202.

Zengin H, **Öztürk A,** Tezel A. Halk Sağlığı Hemşiresinin Temel Yetkinlikleri 1. Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara. 23-26 Nisan 2018, ss: 330-331.

VII- Bilimsel Etkinlikler

Ödül

26 -29 Mayıs 2016 tarihlerinde Adana’da gerçekleştirilen 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresinde “Bir Ortaöğretim Kurumunda Akran Zorbalığının Değerlendirilmesi” başlıklı Sözel Bildiri Birincilik ödülü.

Araştırma

Visiting Researcher: Fachhochschule Bielefeld University of Applied Sciences, Faculty of Business and Health, Department of Nursing and Health, 2017 Aralık- 2018 Mart

Proje

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi SANERC Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu tarafından desteklenen “Hemşirelerin Mesleki Deneyimlerini Yazma ve Yayınlama Becerilerinin Geliştirilmesi” isimli projede araştırmacı. Proje No: 2016/2

Provision and coordination of lecturers for the delivery of curricula developed by Ankara University, and evaluation of the Adaptation Component for Refugee Health Trainings for Syrian Nurses and Translators/Patient Guides-II isimli projede araştırmacı.

Bilimsel Kongreler

1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23-26 Nisan 2018, Ankara. (Katılım Belgesi)

5. Uluslararası 16. Ulusal hemşirelik kongresi. 5-8 Kasım 2017, Ankara. (Katılım Belgesi)

Sürdürülebilir Kalkınmada Ortak İyilik ve Emzirme Sempozyumu. 4 Ekim 2017, Ankara. (Katılım Belgesi)

5th Euro Nursing & Medicare Summit. October 17-19, 2016, Rome, Italy. (Katılım Belgesi)

15. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, 26-29 Mayıs, 2016. Adana. (Katılım Belgesi).

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Programı, 20-21 Nisan 2015, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara (Katılım Belgesi).

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 5. Ulusal Kongresi, 24-25 Ekim, 2015. Ankara (Katılım Belgesi).

III. Euro Nursing & Medicare Summit, Valencia, Spain, July 27-29, 2015 (Katılım Belgesi).

I. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi (17-20 Haziran 2015), 20 Mayıs Amfisi, İzmir (Katılım Belgesi).

I. Hemşirelik Etkinlikleri Kapsamında Hemşireler Değişim İçin Bir Güç: Etkili Bakım, Etkin Maliyet Programı (11 Mayıs 2015), Wyndham Birecik Toplantı Salonu, Ankara, (Katılım Belgesi).

IV. Hemşirelik Uygulamalarında Rehberlik Kursu, (13 Şubat 2015), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara (Katılım Belgesi).

Hemşirelik Eğitimi Çalıştayı, (12-13 Şubat-2015) GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara (Katılım Belgesi)

IV. Halk Sağlığı Hemşireliği Çalıştayı, (22-23 Ocak 2015) Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, (Katılım Belgesi)

Sağlıkta Sektörler Arası İşbirliği Sempozyumu, (7 Kasım 2014) Ankara (Katılım Belgesi)

XVII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (20-24 Ekim 2014), Edirne (Katılım Belgesi)

III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu (8-9 Eylül 2014), Ankara (Katılım Belgesi)

I. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Sempozyumu, (5-7 Haziran 2014), Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Konferans Salonu, Ankara (Katılım Belgesi).

III. Hemşirelik Uygulamalarında Rehberlik Kursu, (28 Ocak 2014), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara (Katılım Belgesi).

X. Ulusal Uluslar Arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 26-30 Nisan 2011, Gaziantep (Katılım Belgesi).

VIII- Diğer Bilgiler

Ankara Üniversitesi tarafından düzenlenen “Ulusal ve Uluslararası Proje Hazırlama Eğitimi Programı” 21 Mart 2017. (Katılım Belgesi)

Ankara Üniversitesi tarafından düzenlenen “Eğiticilerin Eğitimi Sertifika Programı” 2017. (Katılım Belgesi)

Geriatri Hemşireliği Eğitimi, 24 Şubat 2017, Ankara. (Katılım Belgesi)

Introduction to SimMan 3G Course (Similasyon eğitimi kursu) July 12-13, 2016, Ankara. (Katılım Belgesi)

IV. Hemşirelik Uygulamalarında Rehberlik Kursu, 13 Şubat 2015, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara (Katılım Belgesi).

Çalışan Sağlığının Geliştirilmesinde İşyeri Hemşireliği Uygulamaları Kursu, (20-24 Ekim 2014) Edirne (Katılım Belgesi)

Milli Eğitim Bakanlığı Onaylı Bilgisayar İşletmenliği Sertifikası (2012).

Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği Kurucu Üyesi, Yönetim Kurulu Üyesi ve Saymanı (2014-..)