

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**HİKAYE TEORİSİNE DAYALI GELİŞTİRİLEN SEMPTOM
YÖNETİM PROGRAMININ POSTMENOPUZAL
KADINLARDA VAZOMOTOR BELİRTİLER VE UYKU
KALİTESİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Emel GÜVEN

Danışman

Doç. Dr. Birsen ALTAY

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Ofisi tarafından PYO.SBF.1904.23.002 proje numarası ile desteklenmiştir.

SAMSUN
2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Emel GÜVEN tarafından, Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında hazırlanan “HİKAYE TEORİSİNE DAYALI GELİŞTİRİLEN SEMPTOM YÖNETİM PROGRAMININ POSTMENOPAZAL KADINLARDA VAZOMOTOR BELİRTİLER VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 18.12.2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Birsen ALTAY Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Ayşegül ÖZCAN ALGÜL Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba SOLMAZ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

18/12/2023
Emel GÜVEN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : HİKAYE TEORİSİNE DAYALI GELİŞTİRİLEN SEMPTOM YÖNETİM PROGRAMININ POSTMENOPUZAL KADINLARDA VAZOMOTOR BELİRTİLER VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 18/09/2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 9

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.

18/12/2023
Doç. Dr. Birsen ALTAY

ÖZET

HİKAYE TEORİSİNE DAYALI GELİŞTİRİLEN SEMPTOM YÖNETİM PROGRAMININ POSTMENOPUZAL KADINLARDA VAZOMOTOR BELİRTİLER VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Emel GÜVEN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

Doktora, Aralık/2023

Danışman: Doç. Dr. Birsen ALTAY

Amaç: Araştırmanın amacı, Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının postmenopozal kadınlarda vazomotor belirtiler ve uyku kalitesine etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot: Bu araştırmanın türü karma yöntem olup, ileri düzey karma yöntem desenlerinden müdahale deseni kullanılmıştır. Araştırmanın nicel boyutunda, randomize tek kör ön test-son test kontrol gruplu deneysel araştırma, nitel boyutunda ise tanımlayıcı fenomenolojik araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini beş Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan postmenopozal kadınlar oluşturmaktadır. Deney ve kontrol grubunda 38 kadın olmak üzere toplam 76 kadın örnekleme dahil edilmiştir. Deney grubundaki kadınlara bireysel olarak online program uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Hikaye Teorisi Temelli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Nicel verilerin analizinde Bağımsız iki örnek t testi Mann-Whitney U testi, Genelleştirilmiş lineer model, Tukey testi, Robust ANOVA testi, nitel verilerin analizinde ise içerik analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Program sonrasında deney grubundaki kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutlar ve toplam puanı, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Araştırmada menopoza ilişkin düşünceler, menopoz döneminde yaşanan semptomlar, menopozda kadınlık algısı, menopozun günlük yaşama etkisi, menopozda başatma ve menopozda beklentiler olmak üzere altı tema belirlenmiştir.

Sonuç: Deney grubundaki postmenopozal kadınlarda programın vazomotor belirtileri azalttığı ve uyku kalitesini artırdığı saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hikaye Teorisi, Postmenopozal kadın, Semptom yönetimi, Uyku kalitesi, Vazomotor belirtiler

ABSTRACT

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM DEVELOPED BASED ON STORY THEORY ON VASOMOTOR SYMPTOMS AND SLEEP QUALITY IN POSTMENOPOSAL WOMEN

Emel GÜVEN

Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Ph.D., December/2023

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Birsen ALTAY

Aim: The aim of the study is to examine the effect of the Symptom Management Program Developed Based on Story Theory on vasomotor symptoms and sleep quality in postmenopausal women.

Materials and Methods: The type of this research is mixed method, and an intervention design, one of the advanced mixed method designs, was used. In the quantitative dimension of the research, a randomized single-blind pretest-posttest control group experimental research was used, and in the qualitative dimension, a descriptive phenomenological research method was used. The population of the research consists of postmenopausal women who applied to five Family Health Centers and met the inclusion criteria. A total of 76 women, 38 women in the experimental and control groups, were included in the sample. Online program was applied individually to the women in the experimental group. Personal Information Form, Menopause Symptoms Assessment Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index and Story Theory Based Semi-Structured Interview Form were used as data collection tools in the study. Independent two sample t test, Mann-Whitney U test, Generalized linear model, Tukey test, Robust ANOVA test were used in the analysis of quantitative data, and content analysis was used in the analysis of qualitative data.

Results: After program, the Menopause Symptoms Assessment Scale subdimensions and total score and the Pittsburgh Sleep Quality Index total score of the women in the experimental group were found to be lower than the control group. Six themes were identified in the study: thoughts about menopause, symptoms experienced during menopause, perception of femininity in menopause, the effect of menopause on daily life, coping with menopause and expectations in menopause.

Conclusion: It was determined that program reduced vasomotor symptoms and improved sleep quality in postmenopausal women in the experimental group.

Keywords: Postmenopausal woman, Sleep quality, Story Theory, Symptom management, Vasomotor symptoms

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım, destek ve emeklerini esirgemeyen tez danışman hocam Sayın Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Doktora ders ve tez sürecimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösterip destek olan çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU ve Prof. Dr. Özen KULAKAÇ'a,

Araştırmam boyunca desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Nevra KARACA BIÇAKÇI, Öğr. Gör. Dr. Mükerrerem KABATAŞ YILDIZ, Arş. Gör. Dr. Dilek ÇELİK EREN, Arş. Gör. Dr. Güven SONER ve Arş. Gör. Dr. Mesiya AYDIN'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli katılımcılara,

Ömürevleri, Atakum, Mimar Sinan, Çobanlı ve Yenimahalle Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Beni cesaretlendiren, her daim sevgisini ve desteğini yürekten hissettiğim kıymetli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Hilal ALTUNDAL'a

Beni yetiştiren ve hayatım boyunca beni destekleyen, anlayışını, emeğini ve sevgisini esirgemeyen canım babam Halim GÜVEN'e,

Hem yüksek lisans hem de doktora eğitimim sürecinde her zaman yanımda olup içten sevgisini ve desteğini samimi olarak hissettiğim canım arkadaşım Melek GÜVEN'e çok teşekkür ederim.

Emel GÜVEN

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Soruları	7
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	7
1.5. Araştırmanın Varsayımları	8
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Klimakteriyum.....	9
2.1.1. Premenopozal Dönem.....	9
2.1.2. Menopozal Dönem.....	9
2.1.3. Perimenopozal Dönem.....	10
2.1.4. Postmenopozal Dönem	10
2.2. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz Türleri	10
2.2.1. Erken Menopoz.....	10
2.2.2. Menopoz	10
2.2.3. Geç Menopoz.....	10
2.3. Oluş Biçimlerine Göre Menopoz Türleri	11
2.3.1. Doğal (Fizyolojik) Menopoz	11
2.3.2. Cerrahi Menopoz	11
2.4. Premenopozal Dönemde Yaşanan Semptomlar	11
2.4.1. Siklus Bozuklukları	11
2.4.2. Vazomotor Semptomlar.....	12
2.4.3. Psikolojik Rahatsızlıklar	12
2.4.4. Uyku Bozuklukları.....	13
2.4. Postmenopozal Dönemde Yaşanan Semptomlar	14
2.4.1. Genitoüriner Sendrom	14
2.4.2. Osteoporoz	15
2.4.3. Kardiyovasküler Sistem Rahatsızlıkları	16
2.4.4. Ciltte Bozulma	16
2.5. Menopozda Tedavi	17
2.6. Menopozal Semptom Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı.....	17
2.7. Hikaye Teorisi	19
2.7.1. Hikaye Teorisinin Varsayımları	20
2.7.2. Hikaye Teorisinin Kavramları	20
2.7.2.1. Amaçlı Diyalog	21

2.7.2.2. Kendisi ile Bağ Kurma.....	22
2.7.2.3. Kolaylaştırma	23
2.7.3. Hikaye Teorisi Kavramlar Arası İlişkisel Model.....	24
2.7.4. Hikaye Teorisinin Postmenopozal Kadınların Semptom Yönetiminde Kullanımı	25
3. MATERYAL VE METOD.....	28
3.1. Araştırmanın Türü	28
3.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutu.....	30
3.1.1.1. Araştırmanın Türü.....	30
3.1.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.1.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.1.1.8. Verilerin Toplanması	35
3.1.1.7. Verilerin Analizi.....	36
3.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutu	37
3.1.2.1. Araştırmanın Türü.....	37
3.1.2.2. Araştırmanın Örneklemi.....	37
3.1.2.3. Veri Toplama Araçları	37
3.1.2.4. Verilerin Toplanması	38
3.1.2.5. Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği	38
3.1.2.6. Verilerin Analizi.....	39
3.2. Hemşirelik Girişimleri.....	40
3.2.1. Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı (HİTSEY)	40
3.3. Etik Uygunluk	42
3.4. Araştırmanın Bütçesi	42
4. BULGULAR.....	43
4.1. Nicel Bulgular	43
4.2. Nitel Bulgular	52
5. TARTIŞMA	76
5.1. Nicel Bulguların Tartışması	76
5.2. Nitel Bulguların Tartışması	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
6.1. Nicel Sonuçlar	85
6.2. Nitel Sonuçlar.....	85
6.3. Öneriler.....	86
KAYNAKLAR	88
EKLER.....	101
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	101
Ek 2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	103
Ek 3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	104
Ek 4. Hikaye Teorisi Temelli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	106
Ek 5. Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı (HİTSEY)	108
Ek 6. Eğitim Kitapçığı.....	114
Ek 7. Etik Kurul Onayı.....	115
Ek 8. Kurum İzni	116
Ek 9. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	117
Ek 10. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Kullanım İzni.....	118
Ek 11. Araştırmacının Yetkinlik Belgeleri.....	119
ÖZGEÇMİŞ.....	124

SİMGELER VE KISALTMALAR

CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HİTSEY	: Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KTD	: Kavramsal, Teorik ve Deneysel
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein
MRS	: Menopause Rating Scale
MSDÖ	: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
SPIRIT	: Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Hikaye Teorisi kavramlar arası ilişkisel model	25
Şekil 3.1. Araştırmanın Hikaye Teorisi temelli KTD yapısı	29
Şekil 3.2. Araştırmanın CONSORT akış şeması	32
Şekil 3.3. Araştırmanın akış şeması	36



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan MSDÖ VE PUKİ'nin Cronbach Alfa Katsayıları	34
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	44
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların sağlığına ilişkin özelliklerinin dağılımı	45
Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı	46
Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test 1 ve son test 2) dağılımları	47
Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test 1 ve son test 2) dağılımları	48
Tablo 4.6. MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman faktörleri açısından etkileşimi	50
Tablo 4.7. PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman faktörleri açısından etkileşimi	51
Tablo 4.8. Deney ve kontrol gruplarına göre MSDÖ ve PUKİ ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişki	51
Tablo 4.9. Hikaye Teorisi kavramlarına dayalı sınıflandırılan temalar ve alt temalar	53

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Klimakteriyum doğurganlık döneminden, doğurganlığın sonlandığı sürece geçilen bir dönem olarak ifade edilmekte ve 40-45 yaşlarında başlayıp 65 yaşa kadar devam etmektedir. Bu dönem premenopozal, menopozal, perimenopozal ve postmenopozal evreleri kapsamaktadır (Lynch, 2020a; Torkelson ve Marienau, 2023a). Klimakteriyumun ilk evresi olan premenopozal evre, menopoz dönemi öncesi 2-6 yıllık süreci içermektedir. Premenopozal dönemde over yetmezliğine bağlı menstrual siklus düzensizleşerek doğurganlık yeteneği azalmaya başlamaktadır. Menstrual siklusta yaşanan bu değişiklikler birkaç ay veya birkaç yıla kadar devam edebilmektedir (Mukherjee, 2021; Dünya Sağlık Örgütü, 2023).

Premenopozal dönem sonunda yaşanan menopoz, overlerde folikül fonksiyonunun sonlanmasıyla menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması ve 1 yıl süresince menstruasyonun yaşanmaması şeklinde ifade edilmektedir. Menopozun dünya genelinde ortalama yaşının 51 olduğu ve 45-55 yaş aralığında değiştiği belirtilmektedir (Lynch, 2020a; Geraghty, 2022a). Premenopoz, menopoz ve menopoz sonrası ilk bir yılı kapsayan dönem perimenopozal evre olarak tanımlanmaktadır. Menopoz sonrası 6-8 yıllık süreci içeren dönem ise postmenopozal evredir. Bu dönemde overlerin işlevselliğini kaybetmesi ile birlikte doğurganlık özelliği kalıcı olarak sonlanmaktadır (Keene, 2021; Stritch, 2021).

Klimakteriyum evrelerinde yaşanan bazı semptomlar bulunmaktadır. Premenopozal dönemde östrojenin azalması sonucu kadında ortaya çıkan semptomlar adet döngüsünde düzensizlikler, duygusal rahatsızlıklar, vazomotor belirtiler ve uyku problemleri ortaya çıkmaktadır (Merrill, 2020). Bu dönemin başlangıcında sık menstruasyon görülürken, ilerleyen dönemlerde seyrek menstruasyon görülebilmektedir. Duygusal rahatsızlıklar kapsamında duygudurumda dalgalanmalar, sinirlilik, hassasiyet, anksiyete ve depresyon sık görülen semptomlar arasındadır (Flagg, 2021; Bremer, 2022).

Premenopozal dönemde yaşanan önemli yakınmalardan birisi de vazomotor belirtiler olup genelde menopoza yaklaştıkça artış göstermekte ve menopoz sonrası ilk 2 yılda oldukça etkili olmaktadır. Vazomotor belirtiler genel olarak menopoz

sonrası 5 yıl içerisinde etkisini kaybetmektedir ancak nadiren 10 yıldan fazla da sürebilmektedir (Geraghty, 2022b; Lenz 2022a).

Kadınların %75-85'inin yaşadığı vazomotor semptomlar arasında sıklıkla sıcak basması ve gece terlemesi yer almakta ve sıcak basmaları vücudun hormonal değişikliğe adaptasyonu ile bitmektedir. Genellikle sıcak basmalarının kulak, baş ve boyundan başladığı belirtilirken, göğüslerden ve çevresinden başlayıp bütün vücuda yayıldığı da ifade edilmektedir (Mishra, 2017; Barry, 2021). Ara ara gelen sıcak basmalarının beraberinde yüz ve boyunda kızarıklık, bazen bulantı, uyuşukluk, baş ağrısı, baş dönmesi, parmaklarda hissizlik ve karıncalanma, titreme, nefes darlığı, çarpıntı hissi ve terleme de bulunmaktadır (Llaneza, 2017; Strich, 2021). Sıcak basması sonrasında damarlarda daralma nedeniyle üşüme hissi yaşanabilmektedir. Sıcak basmaları gün boyu sık aralarla ortaya çıkmakta ve aylarca hatta yıllarca sürebilmektedir (Coslov, 2022; Lenz, 2022a).

Literatürde vazomotor belirti prevalansını değerlendiren pek çok araştırma yer almaktadır. Doğu Asya'lı kadınlarla yapılan bir çalışmada vazomotor belirti prevalansı %80 (Yu vd., 2022), küresel düzeyde kesitsel olarak yürütülen başka bir çalışmada orta şiddetli vazomotor belirti prevalansı Avrupa, ABD ve Japonya'da sırasıyla %40, %34 ve %16'dır (Nappi vd., 2021). Çin'de yaşayan kadınlarla yapılan ileriye dönük bir kohort çalışmasında kadınların %83,4'ünün sıcak basması, %82,9'unun gece terlemesi ve yaklaşık yarısının orta şiddette vazomotor belirti yaşadığı bulunmuştur (Li vd., 2020). Lübnan'da menopozal sıcak basmalarının yaygınlığını inceleyen kesitsel bir çalışmada kadınların %62,5'nin sıcak basması yaşadığı bulunmuştur (Ahmadiéh ve Jradi, 2021). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, kadınların yaşadığı sıcak basmalarının %26,7'sinin sırtta, %23,9'unun baş/boyun bölgesinde ve %18,8'inin ellerde/ayaklarda olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %84,8'i sıcak basmalarına terlemenin eşlik ettiğini, %74,4'ü gece yarısı uyanmaktan çok rahatsız olduğunu ve %44,4'ü sıcak basmaları sırasında çarpıntı yaşadığını ifade etmiştir (Ozcan vd., 2019). Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde kadınların önemli düzeyde vazomotor belirti yaşadığı bulunmuştur. Birçok kadının yaşadığı sıcak basmalarından sonra ikinci sıklıkta karşılaşılan vazomotor belirti gece terlemeleridir. Genellikle gece terlemelerine bağlı gece uykusu kesintiye uğramakta ve uyku kalitesinde değişiklikler meydana gelebilmektedir (Blümel ve Arteaga, 2017).

Gece terlemeleri gece uykusunu bölmekte, sabah erken uyanmaya ve uykuya dalmada zorluklara neden olmaktadır. Östrojen uykuya geçişi kolaylaştıran hormondur ve östrojen düzeyindeki düşüş uyku sorunlarına neden olmaktadır (Dautovich vd., 2022). Yapılan bir araştırmada uyku bozuklukları prevelansı premenopozal dönemde %16-42, perimenopozal dönemde %39-47 ve postmenopozal dönemde %35-60 olarak bulunmuştur (Lee vd., 2019). Menopozal kadınlarla yapılan bir araştırmada kadınların %77,8'nin uyku kalitesi düşük düzeyde bulunmuştur (Koçoğlu vd., 2022). Suudi Arabistan'da postmenopozal dönemde uyku kalitesi ve menopoz semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, postmenopozal dönemin ilk yıllarında ve bu dönemde 5-10 yıl arasında olan kadınlarda uyku kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Abdelaziz vd., 2022). Başka bir araştırma menopoz sonrası kadınların, üreme çağındaki kadınlara göre önemli düzeyde daha şiddetli uykusuzluk yaşadığı, daha kötü uyku kalitesi bildirdiği ve menopoz geçişinden önceki ve sonraki iki yıl içinde artan uyku bozuklukları yaşadığı saptanmıştır (Ballot vd., 2022). Menopozda uyku kalitesini araştıran bir çalışmada kadınların %49,9'unda uyku bozukluğu olduğu saptanmıştır (Ahmady ve Niknami, 2022). Menopoz semptomları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada tüm kadınların uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmiştir (Baysal, 2021). Literatürde menopoz döneminde uyku kalitesi ile yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde menopoz ve sonrası dönemde kadınların önemli bir düzeyde uyku sorunu yaşadığı saptanmıştır. Premenopozal dönemde yaşanan vazomotor belirtiler ve uyku sorunlarının yanı sıra postmenopozal dönemde de pek çok semptomlar yaşanabilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2023).

Postmenopozal dönemde yaşanan semptomlar arasında üreme organlarında küçülme, kemik erimesi, kalp damar sistemi rahatsızlıkları ve ciltte bozulma yer almaktadır. Üreme organlarında küçülmeye bağlı belirtiler; dış genital bölgede kaşıntı, ağrılı cinsel ilişki, sık idrara çıkma, rahim sarkması, alt karın kaslarının basınçla kasılması sonucu idrar kaçırma, kabızlıktır (Keene, 2021; Torkelson ve Marienau, 2023). Ayrıca vajinal kuruluk, rahim ağzı dokusunun enfeksiyonu ve yaralar da bu dönemde sık rastlanır. Bu dönemde yanma, sık idrar yapma, idrar yapma güçlüğü, kesik kesik idrar yapma, gece idrar yapma ihtiyacı ile bir ya da daha fazla uyanma ile karakterize üretral sendrom görülmektedir (Lukas ve Simon, 2017; Keene, 2021). Rahim sarkması, idrar kesesi ile vajina arasında destek veren dokunun

zayıflaması, gevşemesi ile idrar kesesinin vajinal boşluğa doğru yer değiştirmesi ve bağırsağın son kısmıyla vajina arasındaki tabakanın yırtılması/gevşemesi sonucu bağırsağın ıkınmayla vajinaya doğru fitiklaşmasında artış görülmektedir (Minkin, 2017; Lenz, 2022a).

Postmenopozal semptomlar arasında yer alan diğer belirti ise kemik erimesidir. Genellikle bu sorun 55-70 yaşlarındaki kadınları etkilemekle birlikte bu durumun en büyük nedeni over fonksiyonlarının gerilemesine bağlı östrojen düzeyindeki düşmedir (Torkelson ve Marienau, 2023b). Menopoz sonrası dönemde kemik erimesi dışında yağ metabolizmasında yaşanan değişiklikler nedeni ile kalp damar hastalıkları riskinde artış görülmektedir. Ayrıca menopozla birlikte derinin üst tabakası ve deri altı yağ dokusu incelmekte, esnekliğini kaybetmektedir (Lynch, 2020b; Roshtawar, 2021).

Literatürde postmenopozal belirti prevalansını değerlendiren araştırmalar yer almaktadır. Bangladeş'te kırsal kesimdeki postmenopozal kadınlar ile yapılan bir araştırmada kadınların %98,2'sinin terleme, %94,5'inin sıcak basması, %99,7'sinin başarma duygusunda azalma, %98,2'sinin hafıza sorunu ve %100'ünün fiziksel güçte azalma yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %100'ünün enerji eksikliği hissettiği ve görünüm, doku veya cilt tonunda değişiklikler yaşadığı, %99,7'sinin fiziksel dayanıklılığının azaldığı ve cilt kuruluğu yaşadığı ve %97,1'inin yorgun veya yıpranmış hissettiği bulunmuştur. Bu araştırmada evli kadınların %58,6'sının cinsel istekte değişiklik yaşadığı ve %58,3'ünün yakınlıktan kaçındığı belirlenmiştir (Binta vd., 2022).

Kuzey Amerika ve Avrupa'da yapılan başka bir araştırmada postmenopozal süreçte yaşanan ilk beş semptom vajinal kuruluk, sıcak basması, gece terlemeleri, uyku bozukluğu ve kilo alımı olarak değerlendirilmiştir (Minkin vd., 2015). Perimenopozal kadınlarla yapılan bir araştırmada, kadınların %85,3'ünün sıcak basması, %7,3'ünün sırt ağrısı, %48,6'sının üzüntü, %8'inin baş ağrısı, %28,6'sının vajinal kuruluk, %10'unun duygudurum dalgalanması, %29,3'ünün uyku bozuklukları ve %58,6'sının sinirlilik yaşadığı bulunmuştur (Kaur vd., 2021). Literatürde postmenopozal dönemde yaşanan semptomlara yönelik yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde kadınların önemli düzeyde postmenopozal semptom yaşadığı belirlenmiştir.

Menopoz sürecinde kadınlar yaşadığı semptomlar ile başetmek için bazı yöntemler kullanmaktadır. Toplum temelli yapılan bir araştırmada menopoz semptomları ile başetmek için kadınların %32,75'i yoga/meditasyon, %22,41'i egzersiz/yürüyüş, %11,2'si diyet yöntemlerini kullandığı ve %42,24'ün de herhangi bir başetme yöntemi kullanmadığı bulunmuştur (Thorat, 2022). Başka bir araştırmada kadınların %54'ünün sıcak basması ve terleme için daha serin bir ortam kullandığı, %55'inin kalp rahatsızlıklarını hafifletmek için rahat bir yerde oturduğu, %47'sinin uyku sorunlarını yönetmek için geceleri süt içtiği, %60'ının eklem ve kas ağrılarını gidermek için sıcak su kullandığı, %50'sinin depresyondayken arkadaşlarıyla konuştuğu, %56'sının kaygılarını azaltmak için ağladığı, %52'sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluğu azaltmak için enerji veren yiyecekleri yediği, %37'sinin endişeli iken arkadaşlarıyla paylaştığı ve %27'sinin sinirliken dua ettiği belirlenmiştir (Sophia vd., 2022). Menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan başka bir araştırmada menopozla başetme stratejilerini kullanma durumları incelenmiştir. Bu kapsamda kadınların %41,4'ünün kendini sakinleştirme becerisine sahip olduğu (egzersiz, yoga, gevşeme nefes egzersizi), %52,2'sinin diyet ve kilo kontrolü hakkında farkındalık kazandığı, %42,8'inin yaratıcı aktiviteler yaptığı, %51,2'sinin sosyal ilişkileri sürdürdüğü ve %28,6'sının tıbbi tedavi aldığı bulunmuştur (Agarwal vd., 2019).

Başka bir araştırmada menopozal belirti yaşayan kadınların %60,9'unun sağlık merkezine başvurduğu, %19,5'inin ilaç tedavisi aldığı, %28,4'ünün ev yapımı bitkisel ilaçlar kullandığı, %17,2'sinin hobi edindiği, %14,8'inin psikolojik destek aradığı, %16,6'sının psikolojik destek için ilaç kullandığı, %25,4'ünün egzersize başladığı, %18,3'ünün sigarayı ya da alkol tüketimini bıraktığı/azalttığı, %42,0'ının sağlıklı bir diyetle başladığı, %21,9'unun ailesi ile daha fazla vakit geçirdiği, %10,7'sinin menopoz hakkında kitap okuduğu, %12,4'ünün pelvik taban egzersizleri yaptığı bulunmuştur (İkioşık vd., 2020). Kadınların menopoz semptomları ile baş etmek için kullandığı bu yöntemlerin dışında literatürde bilimsel çalışmalarda kullanılan baş etme yöntemleri de bulunmaktadır.

Literatürde menopoz semptomlarını gidermek ya da azaltmak için yer alan deneysel araştırmalarda; Öz-Yeterlik Kuramı, Bireysel Güçlendirme Modeli ve bütünleştirilmesine dayalı öz bakım eğitimi, planlı eğitim, hemşire liderliğinde eğitim, yoga, Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı egzersiz eğitimi, Precede-Proceed

modeline dayalı öz yeterlik eğitim programı, Meleis'in Geçiş Kuramı'na göre hemşirelik yaklaşımları, psiko-eğitim, keten tohumu, sağlığı destekleyen yaşam tarzı eğitimi, ayak banyosu, menopoz sağlık tarama sisteminin elektronik platformu ve danışmanlık sistemi, soya tozu, eğitim ve ilerleyici kas gevşeme egzersizleri, sarı kantaron aromaterapi, ayak refleksolojisi, aerobik antrenman programı, bilinçli farkındalık (Mindfulness) ve gevşeme, bilişsel davranışsal terapi, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, tempolu solunum, sağlık farkındalığı programı, sağlığı destekleyici yaşam tarzı eğitim programı, telerehabilitasyon yöntemi, Sağlık İnanç Modeli temelli güçlendirme modeli, akupresür ve motivasyonel görüşme yöntemleri kullanılmıştır (Karacan ve Günay, 2003; Rotem ve ark, 2005; Carpenter vd., 2013; Gözüyeşil ve Başer, 2014; Cetisli vd., 2015; Kaur ve Sidhu, 2017; Simangunsong vd., 2017; Garcia vd., 2018; Koçak ve Beji, 2019; Rathnayake vd., 2019; Aghamohammadi ve ark, 2020; Engin ve Kartal, 2020; Orhan, 2020; Dünder vd., 2020; Balcı, 2021; Lee vd., 2021; Sözer ve Ege, 2021; Teskereci ve Özerli, 2021; Can, 2022; Eyimaya ve Tezel, 2022; Kafei-Atrian, 2022; Polat ve Aylaz, 2022; Said vd., 2022; Sunny ve Raman, 2022; Susanti vd., 2022; Yanıkerem vd., 2022; Ye vd., 2022). Literatür incelendiğinde menopoş semptomlarını azaltmak ya da gidermek için kullanılan yöntemler arasında, Hikaye Teorisine dayalı olarak kadınların menopoş hikayelerini sistematik olarak paylaştığı ve kendisi ile bağ kurarak eş zamanlı olarak Hikaye Teorisi temelli eğitim aldığı bir programı içeren araştırmaya rastlanılmamıştır.

Smith ve Liehr tarafından geliştirilen Hikaye Teorisi hemşire ile birey arasındaki diyalogu kolaylaştırmayı sağlayan bir hemşirelik teorisidir. Hikaye Teorisi'nin amacı, hemşire ile birey arasındaki sağlığı geliştirme sürecinde, araştırmalarda sistematik veri toplama ve analiz için temel oluşturmaktır (Liehr ve Smith, 2018). Teori sağlık sorunlarının üstesinden gelmede yararlı olan evrensel bir araçtır (Brodziak vd., 2017). Hikaye Teorisinin amaçlı diyalog, kendisi ile bağ kurma ve kolaylaştırma olmak üzere üç önemli kavramı bulunmaktadır (Liehr ve Smith, 2020). Teoriye göre hikaye, sağlık sorununun giderilmesini ya da azaltılmasını kolaylaştırmak için amaçlı diyalog yoluyla bireyin kendisiyle bağ kurmasını sağlamakta bir araçtır (Liehr ve Smith, 2018).

Hikaye Teorisi; ergenlerde stres, kan ve ilik naklinde bakım dinamikleri, kadınların kilo konusunda yaşam süreci deneyimleri, evre 1 hipertansiyonlu insanlar için standart yaşam tarzı müdahalesine hikaye merkezli bakım, iyileşme yaratmak

için yaşı annelerin seslerine erişmek, sel felaketi kayıp yaşıayanların hikayelerinin analizi, uzun süreli bakım tesislerinde yaşıayan yaşı kişilerde hikaye merkezli bakım müdahale programının etkinliğı, hemşirelik öğrencilerinin bilgi entegrasyonunda Hikaye Teorisine dayalı vaka çalışması, yalnızlık ve baş ağrısı yaşıayan ergenlerin deneyimlerini içeren araştırmalarda kullanılmıştır (Liehr vd., 2006; Williams, 2007; Edmons, 2011; Kelley ve Lowe, 2012; Theeke ve Mallow 2015; Rateau, 2017; Perks, 2017; Walter, 2017; Chuang vd., 2018; Hawthorne vd., 2021). Literatür incelendiğinde Hikaye Teorisi postmenopozal kadınlarda kullanılmamıştır. Bu araştırmada Hikaye Teorisi temelli bireysel menopoz hikayelerinin paylaşımı ve eğitim programının birlikte kullanılması, postmenopozal kadınların menopoz semptomları ile etkin bir şekilde baş etmesine yönelik yenilikçi bir yaklaşımdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının postmenopozal kadınlarda vazomotor belirtiler ve uyku kalitesine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı kadınların vazomotor belirtilerini etkiler mi?
- Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı kadınların uyku kalitesini etkiler mi?

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırma deneysel bir araştırma olduğu için çalışmada bazı hipotezler sınanmıştır. Literatüre dayanarak geliştirilen bu hipotezler şu şekildedir:

H₀ Hipotezi: Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının deney ve kontrol grubundaki kadınların vazomotor belirtilerine ve uyku kalitesine etkisi yoktur.

H_{1a} Hipotezi: Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre vazomotor belirtilerini azaltacaktır.

H_{1b} Hipotezi: Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Semptom Yönetim Programı deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre uyku kalitesini artıracaktır.

1.5. Araştırmanın Varsayımları

- Postmenopozal kadınlar, zaman içerisinde gelişen ve değişen menopoz hikayeleri sürecinde menopoz semptomlarının karmaşıklığının farkındadır.
- Postmenopozal kadınların geçmiş menopoz deneyimlerini ve geleceğe yönelik beklentilerini şimdiki zamanda bütünleştirmesi, mevcut menopoz semptomlarına odaklanmasını sağlar.
- Postmenopozal kadınlar menopoz hikayelerinin akışında düşünce, duygu, davranış, bedensel deneyim ve insan ifadelerinin farkındalığı aracılığı ile anlam yaratarak semptom yönetimini kolaylaştırır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın beş Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılması ve COVID-19 pandemisi nedeniyle sadece internet ve akıllı telefon/bilgisayar kullanabilen postmenopozal kadınların online olarak araştırmada yer alması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakteriyum

Yunanca bir kelime olan klimakteriyum merdiven basamağı anlamına gelmekte ve kadının yaşam dönemleri içerisinde önemli bir geçişi ifade etmektedir. Klimakteriyum, yumurtalıktaki değişikliklerin meydana geldiği süreyi ifade etmekte ve bu değişiklikler üreme işlevinin azalmasına neden olmaktadır (Geraghty, 2022a; Lenz, 2022b). Klimakteriyum, kadınların üreme yeteneğinin azalmasından sonlanmasına kadar geçen yaşam dönemidir ve 40-65 yaş aralığında görülmektedir (Lynch, 2020b).

Kadınlar yaşamının bu sürecinde fiziksel değişimlerin yanı sıra psikolojik ve sosyal değişimler de yaşayabilmektedir. Bu dönemde kadınların yaşadığı en belirgin durum menstruasyonun tamamen sonlanması ile karakterize olan menopoza sürecidir. Klimakteriyum premenopozal, menopozal, perimenopozal ve postmenopozal dönemleri kapsamaktadır (Mishra, 2017; Albuquerque vd., 2019; Merrill, 2020).

2.1.1. Premenopozal Dönem

Premenopozal dönem klimakterik sürecin ilk aşaması olup bu dönemde düzenli menstrual döngü azalmakta ve fertilité şansı düşmektedir. Menstrual döngüde yaşanan düzensizlik birkaç aydan birkaç yıla kadar sürebilmektedir. Bu dönem menopoza öncesi 2-6 yılı kapsamaktadır (Stritch, 2021; Aksu ve Erenel, 2023).

2.1.2. Menopozal Dönem

Menopoz kelimesi Yunanca menos (ay) ve pausos (bitiş) kelimelerinden türemekte ve aylık yaşanan adet kesilmesi anlamına gelmektedir. Menopoz, over foliküler fonksiyonunun kaybına ve kandaki östrojen seviyesindeki düşüşe bağlı olarak menstruasyonun sona ermesidir (Mukherjee, 2021; Talaulikar, 2022). Foliküllerin tamamen tükenmesi östrojenin salgılanmasını durdurmakta ve overlerde atrofiye neden olmaktadır. Bu durumda menstrual döngü sonlanarak menopoz dönemi ortaya çıkmaktadır (Lynch, 2020a; Coslov, 2022).

Klinik olarak menopoz tanısı 12 aylık amenoreden sonra konulmaktadır, bu nedenle son adet tarihi retrospektif olarak belirlenmektedir. Dünya genelinde kadınlar için menopoz yaşı genellikle 45 ile 55 yaş arasında değişmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2023). Kadınlarda ortalama menopoz yaşı yaklaşık 51'dir ve kadınların

yaklaşık %4'ü 40 yaşından önce menopoza girmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların gelişmiş ülkelerdeki kadınlara göre daha erken menopoza girdiği bildirilmektedir. Kadınlar menopoza girdikten sonra, özel doğurganlık tedavilerinin kullanıldığı nadir durumlar dışında hamile kalamadıkları bildirilmektedir (Stritch, 2021; Lenz, 2022b).

2.1.3. Perimenopozal Dönem

Perimenopozal dönem menopozdan hemen önceki zamanı (yaklaşan menopozun endokrinolojik, biyolojik ve klinik özelliklerinin başladığı zaman) ve menopozdan sonraki ilk yılı içermektedir (Green, 2020; Hengel vd., 2023).

2.1.4. Postmenopozal Dönem

Postmenopozal dönem menopoz sürecinden yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsamakta ve menopoz sonrası 6-8 yıllık dönemi içermektedir. Postmenopozal süreç 12 aylık amenore periyodu tamamlandıktan sonra başlamaktadır (Mishra, 2017; Green, 2020).

2.2. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz Türleri

2.2.1. Erken Menopoz

Erken menopoz, kadınlarda 40-44 yaş aralığında bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkan over yetmezliği ile menstruasyonun sonlanması durumudur. Erken menopozun nedenleri arasında ooferektomi, aşırı radyasyona maruziyet, uzun süre emzirme, obezite, hipotroidizm, gebelik aralığının sık olması, kürtaj ve düşükler, yanlış doğum yardımları ve genel sağlığın bozulması gibi faktörler yer almaktadır. Kadınlarda 40 yaşın altında yaşanan menopoz ise prematüre menopoz olarak ifade edilmektedir (Lenz, 2022b; Kundu ve Acharya, 2023).

2.2.2. Menopoz

Kadınların yaklaşık yarısında 45-55 yaş aralığında menstruasyon sonlanırken ortalama menopoz yaşı 51 olup menopoz yaşını bireysel faktörler etkilemektedir. Menopoz yaşını etkileyen en önemli faktör genetikdir (Mukherjee, 2021; Shieu vd., 2023).

2.2.3. Geç Menopoz

Geç menopoza, 55 yaş ve üstünde olan kadınlarda menstrual siklusun halen devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Çalışan ve sigara içen kadınlar menopoza erken girerken, cinsel yaşantısı devam eden, multipar, bekâr ya da boşanmış kadınlarda menopoza daha geç görülmektedir (Mishra, 2017; Vatankhah vd., 2023).

2.3. Oluş Biçimlerine Göre Menopoz Türleri

2.3.1. Doğal (Fizyolojik) Menopoz

Doğal menopoz, fizyolojik olarak over fonksiyonlarının sonlanması ile birlikte menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesi durumudur (Geraghty, 2022a; Dünya Sağlık Örgütü, 2023).

2.3.2. Cerrahi Menopoz

Cerrahi menopoz, doğal menopozdan önce çeşitli nedenlerle histerektomi ile birlikte veya iki taraflı overlerin cerrahi olarak çıkarılmasıyla (bilateral ooferektomi) meydana gelmektedir (Georgakis vd., 2019; Pillay ve Manyonda, 2022).

2.4. Premenopozal Dönemde Yaşanan Semptomlar

2.4.1. Siklus Bozuklukları

Premenopozal dönemde yaşanan düzensiz menstrual sikluslar menopoza geçişin başlangıcını ifade etmektedir. Menstruasyon premenopozal süreçte anovulatuvar tipte olup over fonksiyonlarında azalma meydana gelmektedir. Over fonksiyonlarında düşüş olmasına rağmen overler az miktarda da olsa östrojen üretmeye devam etmektedir (Cano, 2017; Green, 2020).

Menstrual siklusa ortaya çıkan değişikliklerin temel nedeni luteal fazın sonlanmasıdır ve bu fazın sonlanmasıyla beraber kadınlar amenore yaşamaktadır. Östrojen düzeyinde yaşanan değişiklikler nedeniyle endometrial siklus ortadan kalkar (Lynch, 2020b; Lenz, 2022a). Anovulatuvar döngü nedeniyle foliküllerden sürekli östrojen salgılanarak endometriyumun proliferatif fazda kalmasına neden olmaktadır. Kandaki östrojen miktarı rejenerasyonda yeterli olmadığı için endometriyum dökülmeye başladığında, kanama sürekli ve fazla miktarda ortaya çıkmaktadır (Merrill, 2020; Strich, 2021). Menstrual siklusun zamanla uzaması ve miktar olarak azalması fonksiyonel kanamaya işaret etmekte olup bu özelliklerin dışındaki kanamaların hekim tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (Talaouikar, 2022).

2.4.2. Vazomotor Semptomlar

Klimakterik dönemde en sık yaşanan semptomlardan birisi olan vazomotor semptomlar kadınların yaklaşık %75-85'inde görülmektedir. Menopozal dönemde yaşanan vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon nedeniyle vazomotor semptomlar olarak ifade edilmektedir (Llaneza, 2017; Barry, 2021). Östrojen düzeyindeki azalma tek başına vazomotor semptomları tetiklemek için yeterli değildir çünkü östrojen kaybı yaşayan tüm kadınlar vazomotor semptom yaşamamaktadır. Vazomotor semptomların tam olarak nedeni bilinmemekle beraber bu durumun hipotalamusta bulunan termo-nötral bölgedeki değişimden kaynaklandığı düşünülmektedir (Coslov, 2022; Geraghty, 2022b; Lenz, 2022a)

Vazomotor semptomlar özellikle menopoz sonrası ilk 2 yılda oldukça etkili olmakla birlikte genellikle menopoz sonrası 5 yıl içerisinde vücudun hormonal değişikliğe adaptasyonu ile sona ermektedir. Ancak bu semptomlar bireysel özelliklere bağlı olarak 10 yıldan fazla da devam edebilmektedir (Lynch, 2020b). Vazomotor semptom prevalansı iklim, beslenme, ani ortam sıcaklığı değişikliği, kalabalık ve sıcak ortam, stres, alkol, kafein, sıcak içecek, baharatlı yiyecekler, utanma duygusu, yaşam tarzı, kadına yönelik roller ve yaşlanma ile ilgili tutumlar da dahil olmak üzere bir dizi faktörden etkilenebilmektedir (Mukherjee, 2021; Torkelson ve Marienau, 2023a).

Vazomotor semptomlar arasında sıklıkla sıcak basması ve gece terlemeleri yaşanmaktadır. Sıcak basmaları gün boyu sık aralarla ortaya çıkmakta ve aylarca hatta yıllarca sürebilmektedir. Sıcak basmalarının kadınlar tarafından algılanan süresi 30 saniye ile 60 dakika arasında değişmektedir (Nappi ve., 2021; Lenz, 2022a). Sıcak basmaları genellikle kulak, baş ve boyun bölgesinden başlamaktadır ancak göğüs ve çevresinden başlayıp bütün vücuda da yayılabilmektedir. Sıcak basması sonrasında vazokonstriksiyon nedeniyle üşüme hissi yaşanabilmektedir. (Coslov, 2022). Ara ara gelen sıcak basmalarının yanı sıra yüz ve boyunda kızarıklık, bulantı, uyuşukluk, baş ağrısı, baş dönmesi, parmaklarda hissizlik ve karıncalanma, titreme, nefes darlığı, çarpıntı hissi ve terleme de yaşanabilmektedir (Llaneza, 2017; Strich, 2021).

2.4.3. Psikolojik Rahatsızlıklar

Menopoza geçiş hem fiziksel hem de psikolojik semptomları içeren önemli bir hormonal olaydır. Perimenopoz, kadınların psikolojik sorunlara karşı savunmasız duruma geldiği bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Green, 2020; zcan vd., 2023). Menopozda yaşanan emosyonel rahatsızlıkların çoğunun hormonlarda meydana gelen değişime bağlı olduğu dşnlmekte ancak etki mekanizması tam olarak açıklanamamıştır (Flagg, 2021).

Menopozal geçiş sırasında yumurtalık hormonlarında düzensiz bir şekilde yaşanan dalgalanma nedeniyle üzüntü, sinirlilik, gerginlik, huzursuz hissetme, hafıza ve konsantrasyonda azalma, anksiyete, depresyon ve genel olarak kendini iyi hissetme hissinde azalma gibi rahatsız edici semptomlar yaşanabilmektedir (Krasniqi, 2023; Uzun vd., 2023). Ayrıca vazomotor semptomlar nedeniyle yaşanan uyku problemleri de psikolojik sorunlar açısından risk oluşturmaktadır (Llaneza, 2017; Barry, 2021). Hormonal değişimin dışında orta yaş dönemi özellikleri, sosyal evre, kültürel özellikler, destek sistemleri ve başetme mekanizmaları da menopozal dönemde yaşanan duygudurum rahatsızlıklarını etkileyebilmektedir (Flagg, 2021; Soares, 2023).

2.4.4. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları menopozal geçişin en sık bildirilen ve en rahatsız edici semptomlarından birisidir. Her ne kadar yaşlanmayla birlikte uykuda değişiklikler meydana gelse de menopoz geçişi orta yaştaki kadınlarda uyku bozukluklarını ve genel uyku tatminsizliğini etkileyebilmektedir (Dautovich vd., 2022; Baker, 2023).

Menopoza geçişte uyku bozuklukları ile ilişkili birçok biyopsikososyal faktörler araştırılmıştır. Biyolojik olarak vazomotor semptomlar, üreme hormonlarındaki değişiklikler ve metabolik değişiklikler uykuyu etkilemektedir (Zolfaghari vd., 2020; Tandon vd., 2022). Duygudurum bozuklukları, stres ve yaşam tarzı gibi psikolojik ve sosyal faktörler de menopozal kadınlarda uykuyu etkileyebilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler ayrı ayrı ele alınsa da bu faktörler örtüşmekte ve uyku üzerinde çift yönlü etkilere sahiptir. Örneğin, menopoz geçişindeki kadınlar sıklıkla olumsuz ruh halini gece uyanmalarına bağlamaktadır. Ayrıca kötü ruh halinin gece vazomotor semptomlarla ilişkili olduğu ve bu semptomların da uykuyu etkileyerek gece uyanmalarına yol açtığı ifade edilmektedir (Dautovich vd., 2022; Nagata vd., 2023).

Menopozal geçiş sırasında uykusuzluğun görülme sıklığı artmaktadır. Uykusuzluk uykuyu başlatma, uykuyu sürdürmede zorluk veya kalitesiz uyku alma ile karakterize bir durumdur (Blümel, 2017). Uykuyu başlatmada yaşanan kronik zorluk, onarıcı olmayan uyku ve genel uyku tatminsizliği gibi uykusuzluk semptomlarının tamamı menopoz öncesi ve menopoz sonrası kadınlara kıyasla perimenopozal kadınlar arasında daha yaygın görülmektedir (Lynch, 2020b; Lenz, 2022a).

2.4. Postmenopozal Dönemde Yaşanan Semptomlar

2.4.1. Genitoüriner Sendrom

Menopoz sonrası genital bölgede meydana gelen fizyolojik değişikliklerin çoğu östrojen düzeyindeki düşüşten kaynaklanmaktadır. Genitoüriner sendrom vulva, vajina ve alt idrar yollarındaki fiziksel değişikliklerle ilişkili çeşitli menopozal semptomları tanımlayan bir terimdir (Da Silva vd., 2021). Bu sendrom menopozdaki kadınların %50'sini etkileyen kronik, ilerleyici bir durumdur ve tedavi olmadan iyileşmesi pek olası değildir (Keene, 2021; Cox vd., 2023). Genitoüriner sendrom cinsel işlev bozukluğuna, yakınlıktan kaçınmaya ve cinsel ilişkide sıkıntıya neden olarak kadınların yaşam kalitesini büyük  l de etkilemektedir. Genellikle utanç veya doğal yaşlanmanın bir sonucu olarak görülmesi nedeniyle genitoüriner sendrom eksik teşhis edilebilmektedir (Torkelson ve Marienau, 2023a; Wasserman ve Rubin, 2023).

Menopozun yanı sıra genitoüriner sendrom ile ilişkili olduğu kabul edilen temel risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri arasında, sezaryen doğum, alkol, sigara, iki taraflı ooferektomi, menopoz dışı hipo strojenizm, egzersiz eksikliği, pelvik ışın tedavisi, kemoterapötik ve endokrin ajanlar yoluyla kanser tedavileri, düşük eğitim düzeyi ve çoğunlukla ürojinekolojik patolojiler olmak üzere kronik hastalıklar yer almaktadır (Lukas ve Simon, 2017; Angelou vd., 2020; Lynch, 2020b).

Genitoüriner sendrom sadece genital ve cinsel semptomları değil, aynı zamanda üriner semptomları da içermektedir. Genital semptomlar vajinal kuruluk, vajinal/pelvik ağrı ve basınç, vajinal prolapsus, yanma ve tahrişi içerirken, cinsel semptomlar ilişki sonrası kanama, orgazm ve uyarılmada azalma, disorgazm, libido kaybı, ağrı ve işlev bozukluğunu kapsamaktadır (Keene, 2021; Kasano vd, 2023).

Üriner semptomlar arasında ise stres inkontinansı, dizüri, üretral prolapsus, mesanede iskemi ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları yer almaktadır. Kadınlar bu semptomların bir kısmını veya tamamını yaşayabilmektedir (Angelou vd., 2020; Phillips ve Bachmann, 2021).

2.4.2. Osteoporoz

Multifaktöriyel sistemik bir iskelet hastalığı olan osteoporoz, düşük kemik mineral yoğunluğu ve kemik dokusunun mikro yapısının bozulması sonucu kemik kırılabilirliği ile karakterize bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre osteoporoz, T skoru 2,5'a eşit veya daha küçük, osteopeni de ise T skoru 1,0 ile 2,5 arasında tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2021; Lenz, 2022a). Menopozda yumurtalık hormonu üretiminin kaybı, osteoporoz için ana risk faktörüdür ve kemik erimesinin artmasına, kemik oluşumunun azalmasına neden olmaktadır (Torkelson ve Marienau, 2023b).

Menopozdan sonraki 4-8 yıldaki kemik kaybı oranı daha yüksektir. Menopozal geçiş sırasında kemik mineral yoğunluğundaki azalma yaklaşık %10'dur ve bu oran menopoz süreci 5-6 yıl içerisinde kadınların yaklaşık %10-20 oranında kemik kaybı yaşayabileceği anlamına gelmektedir. Kemik kırılabilirliğinin en sık görüldüğü bölgeler el bileği, omurga, kalça, kaburgalar ve kol kemiğidir (Lynch, 2020a; Coslov, 2022; Shah ve Ariel, 2023).

Menopozal kemik kaybının ilk aşamasında kadınlar belirgin bir negatif kalsiyum dengesine sahiptir. Toplam vücut kalsiyum ölçümleri değerlendirildiğinde, menopoz sonrası ilk 3-4 yılda günlük ortalama kalsiyum kaybının günde 200 mg olduğu, sonraki 5-10 yıllarda bu miktarın kademeli olarak günde 45 mg'a düştüğü tahmin edilmektedir (Chon vd., 2017; Reis vd., 2023).

Postmenopozal kadınlarda osteoporoz prevalansını araştıran bir araştırmada, Çin'de yaşayan kadınlarda osteoporoz prevalansı %52,08 olarak bulunmuştur ve yaşla birlikte net bir artış eğilimi gösterdiği saptanmıştır (Liu vd., 2023). Pakistan'da yapılan bir araştırmada menopoz öncesi kadınlarda osteoporoz prevalansı %5,6-17,8 arasında değişirken, menopoz sonrası kadınlarda %20-49,3 arasında değiştiği belirlenmiştir (Khan vd., 2018). Başka bir araştırmada kadınların %54,3'ün normal kemik mineral yoğunluğuna sahip olmasına rağmen osteoporoz ve osteopeni prevalansı sırasıyla %15,1 ve %30,6 olarak bulunmuştur (İbrahim vd., 2023).

2.4.3. Kardiyovasküler Sistem Rahatsızlıkları

Östrojenin kalp kası üzerinde faydalı bir etkisi vardır ve kolesterol seviyesini düzenlemeye yardımcı olmaktadır. Östrojen kan basıncı, kan akışı, vazodilatasyon, vazokonstriksiyon, vasküler inflamasyon ve yeniden şekillenme gibi temel kardiyovasküler fonksiyonların bazılarını düzenlemektedir (Lynch, 2020a; Lira-Silva vd., 2023). Aynı zamanda östrojen dokuları esnek ve dayanıklı tutup, arter duvarlarını desteklemekte ve arterlerin sertleşme riskini azaltmaktadır. Bu nedenle postmenopozal kadınlarda koroner kalp hastalığı riskinin artması menopoz sonrası östrojen seviyesindeki düşüşle ilişkili olabilmektedir (El Khoudary, 2023; Ryczkowska vd., 2023).

Postmenopozal süreçte meydana gelen lipid metabolizmasındaki değişikliklere bağlı serumda yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) seviyesinde azalma, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) seviyesinde artma nedeniyle kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır. LDL düzeyinde yaşanan artış kolesterolde yükselmeye neden olarak ateroskleroz görülebilmekte ve koroner kalp hastalığı için önemli düzeyde risk oluşturmaktadır (Dam vd., 2019; Torkelson ve Marienau, 2023a).

2.4.4. Ciltte Bozulma

Cilt, yaşlanma sürecinden ve menopozdan önemli ölçüde etkilenen vücudun en büyük organlarından birisidir. Menopoz sırasında ciltte meydana gelen önemli değişiklikler, östrojenin cilt bileşenleri üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. Cildin hücresel bileşenlerinde östrojen reseptörü tespit edilmiştir (Roshtawar, 2021; Sharma, 2023). Dermal hücresel metabolizma, menopozun hipoöstrojenik durumundan etkilenerek kolajen içeriğinde, glikozaminoglikan konsantrasyonunda ve en önemlisi su içeriğinde değişikliklere yol açmaktadır (Zouboulis vd., 2022).

Cilt kolajenindeki değişiklikler, elastikiyetin ve cildin gücünün azalmasına neden olmaktadır. Glikozaminoglikanda azalma, su içeriğinde doğrudan bir azalmaya yol açarak cilt turgorunu etkilemektedir. Cilt üzerindeki bu temel etkiler kırışıklıklara yol açmaktadır (Lephart ve Naftolin, 2021; Roshtawar, 2021; Kamp vd., 2022).

Menopoz sonrası ilk 5 yılda cilt kolajeninin %30'u kaybolmakta ve 49 yaşından sonra cilt kalınlığında incelmeye yaşanmaktadır. Postmenopozal dönemin ilk 15-18 yılı süresince cilt kalınlığında yıllık %1,13'lük azalma meydana gelebilmektedir (Rostkowska vd., 2023). Ayrıca menopoz sonrası kadınlarda cilt elastikiyeti yılda %0,55 oranında azalmaktadır (Rosado vd., 2017; Wilkinson ve Hardman, 2021).

2.5. Menopozda Tedavi

Menopozda Hormon Replasman Tedavisi (HRT), östrojen seviyesinin düşük olduğu durumlarda uygulanmaktadır. Bu tedavide östrojen ya da östrojen-progesteron kombinasyonu yer almaktadır ve tedavinin amacı semptomları hafifleterek yaşam kalitesini artırmaktır (Flores, 2021; Eubanks, 2023). Menopoz semptomlarının tedavisinde eksojen hormonların kullanımı kadın sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. HRT vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, genitoüriner sistem semptomları, duygudurum değişikliği, konsantrasyon güçlüğü ve osteopenide kullanılmaktadır (Kim vd., 2023; Madsen vd., 2023).

Menopozal hormon tedavisinin etkileri klinik faktörlere (yaş, menopozdan sonra geçen süre ve komorbidite durumu) ve hormon tedavisinin türüne, dozuna ve uygulama yoluna göre değişebilmektedir. Özellikle 60 yaşı altı kadınlarda HRT kardiyovasküler hastalıklar, osteoporotik kırıklar, tip 2 diyabet ve kolorektal kanserden korunmada fayda sağlamaktadır (Shifren vd., 2019; Pinkerton, 2020). Tek başına östrojen tedavisi meme kanseri riskini azaltırken, östrojen-progesteron kombinasyonu 3-5 yıl kullanımdan sonra meme kanseri riskini artırabilmektedir. HRT kullanımında tedaviyle ilişkili en yaygın riskler venöz tromboembolizm ve safra kesesi hastalığıdır (Mehta vd., 2021; Torkelson ve Marienau, 2023a).

Hormon tedavisini başlatma veya devam ettirme kararı, potansiyel fayda ve risklerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirmektedir. 60 yaşın altında veya menopoz sonrası 10 yıl içinde rahatsız edici sıcak basması yaşayan kadınlar için hormon tedavisinin faydaları genellikle risklerinden daha fazladır (Pinkerton vd., 2019; Manson vd., 2020). Tedavinin mutlak kontrendikasyonları arasında meme kanseri, endometriyal kanser, kardiyovasküler hastalık, aktif karaciğer hastalığı ve tanı konmamış vajinal kanama bulunmaktadır (Bimonte-Nelson, 2021).

2.6. Menopozal Semptom Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler, menopoza giren kadınların sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir pozisyonadadır. Hemşireler, menopoza bağlı hastalıkları önlemek için menopoz döneminde kadınların sağlığını olumlu yönde geliştirmektedir (Aksu ve Erenel, 2023; de Sousa, 2023). Menopozal semptomların yönetilmesi kapsamında hemşirenin rolleri arasında; sürecin etkin bir şekilde yönetilerek sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin desteklenmesi, geliştirilmesi, liderlik edilmesi ve bu hizmetlerin bakımın tüm alanlarıyla entegre bir şekilde uygulanması yer almaktadır (Noble ve Holloway, 2019; Olufunke vd., 2021).

Menopozal semptom yönetimi hemşirelik sürecinde orta yaş dönemi algısı, kültürel özellikler, cinselliğe yönelik düşünceler, menopoza ilişkin bilgi düzeyi, bireysel ve ailesel risk faktörleri, yaşanan semptomlar ve bu semptomlarla baş etmeye yönelik özellikler bireysel ve aile öyküsü ile birlikte kapsamlı bir şekilde değerlendirilmektedir (Noble, 2018; Eyimaya ve Tezel, 2021). Menopozal kadınların kapsamlı olarak değerlendirilmesi, hemşirenin menopozla ilgili birçok faktör arasındaki ilişkiyi belirlemesine ve bireysel olarak kadınlara destek olmasına olanak tanımaktadır (Ellington ve Saccomano, 2022).

Hemşireler menopoz dönemindeki kadınların sağlığını korumak ve geliştirmek için bireye özgü sağlık eğitimi yapmalıdır. Sağlık eğitimi menopozun evreleri, menopozal semptomlar, semptomlarla başetme yöntemleri, yaşam tarzı değerliklikleri (sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, egzersiz, cinsel yaşam, sigara kullanımı, vb.), düzenli sağlık kontrolü ve hormon replasman tedavisini kapsamalıdır (Pace vd., 2020; Habeeb, 2022; Fırat ve Aslan, 2022). Hemşirelerin menopoz dönemi semptom yönetiminde uyguladığı sağlık eğitiminin dışında bu sürece yönelik bazı sorumlulukları bulunmaktadır.

Menopozal semptom yönetiminde hemşirenin sorumlulukları şunlardır;

- Multidisipliner sağlık ekibi ile birlikte menopozal kadınların gereksinimlerine yönelik uygulamaları planlamak, uygulamak ve değerlendirmek.
- Menopozal kadınlardan kapsamlı bir değerlendirme ile birlikte anamnez almak.

- Menopozda görülme sıklığı yüksek olan kardiyovasküler hastalık, genitoüriner sendrom, osteoporoz, kanser vb. rahatsızlıklar için risk değerlendirmesi yapmak.
- Tanımlanan menopozal semptomlara yönelik hemşirelik uygulamalarını açıklamak, uygulamaları teşvik etmek ve sonucu değerlendirmektir.
- Menopoz döneminde kullanılan ilaçlar ve tedavi geçmişi dikkate alınarak tedavi ve süreç hakkında danışmanlık yapmak.
- Menopozal kadınların semptom yönetiminde sağlığına ilişkin karar almayı teşvik etmek ve öz yeterliliğini desteklemek.
- Menopozal kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesine odaklanan sağlık politikalarının geliştirilmesinde planlanma, uygulama ve değerlendirme basamaklarında aktif olarak yer almak (Noble ve Holloway, 2019; Bekmezci ve Altuntuğ, 2020; Shin ve Lee, 2020; Bourgault, 2021; de Santiago Nogueira vd., 2022).

2.7. Hikaye Teorisi

Hikayeler insan deneyiminin ve hemşirelik uygulamasının temel bir boyutu olup bireyi ve zamanı bütünleştiren deneyimlerden oluşmaktadır. Hikayeler birey, aile ve toplumun geçmişini, bugününü ve geleceğini birbirine bağlayan insan deneyimlerinin temel bir boyutudur (Reich ve Michaels, 2012; Joyce, 2015). Hikayeler insanların kim olduğunu, nerede olduklarını, nereye gittiklerini anlatmakta ve bu yolculuğu paylaşımlarla bağlantılar kurmaktadır. Hikaye, benzersiz bireysel bakış açıları sunarken olayların hatırlandığı şekliyle anlatılmasını ifade eder. Bu bakış açıları düşünce ve duygulara yüklenen anlamı şekillendirir ve o anda bireylerin seçimlerine rehberlik eder (Wang ve Geale, 2015; Lee vd., 2016; Kılınç ve Demirbağ, 2022).

Hikaye Teorisi, Smith ve Liehr tarafından 1999 yılında ilk kez Özenli Kucaklayıcı Hikaye Teorisi olarak yayınlanmıştır. Ancak Smith ve Liehr 2003-2006 yılları arasında Özenli Kucaklayıcı kelimesini teoriden çıkararak Hikaye Teorisi olarak adlandırmıştır. Hikaye Teorisi sağlık, iyileşme ve refah için insan ilişkisine odaklanan orta düzey bir hemşirelik teorisidir (Liehr ve Smith, 2023). Teori, hemşirelik uygulamalarına, araştırmalarına rehberlik etmek ve hikaye merkezli bir yapı sağlamak için geliştirilmiştir. Hikaye Teorisinin amacı, hemşire ile birey

arasında gerçekleşen sağlığı geliştirme sürecinde, araştırmalarda sistematik veri toplamada ve analizde hikayeyi bir temel olarak tanımlamak ve açıklamaktır (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023). Hemşire, hikayeyi paylaşan birey için önemli olan sağlık sorununa ilişkin bir hikaye toplamaktadır. Bu nedenle Hikaye Teorisi, hemşirelere alanda yol göstererek bireyin sağlık sorununu açıklığa kavuşturur. Hikaye Teorisi, bir hemşirenin sağlık sorunu yaşayan biri için hatta zorluk, kanser tanısı, beklenmedik bir hamilelik veya yeni bir işte ilk günlerde olan birisi için de en çok neyin önemli olduğunu anlamak istediğinde uygulanabilmektedir (Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2020).

2.7.1. Hikaye Teorisinin Varsayımları

Hikaye Teorisi'nin varsayımları şunlardır;

1. İnsanlar, bağlantılı boyutlar dizisi olan geniş bir akış içerisinde kendi dünyalarıyla karşılıklı ilişki kurdukça değişirler.
2. İnsanlar geçmiş ve gelecekteki olayların burada ve şu ana dönüştürüldüğü genişletilmiş bir şimdiyi yaşarlar.
3. İnsanlar anlamı, insan potansiyelinin yaratıcı bir şekilde ortaya çıkışında yankılanan bir farkındalık olarak deneyimler (Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

İlk varsayım, insanların ortaya çıkan hikayeleriyle birlikte, bu hikaye boyunca ve ötesinde hareket eden kişileri vurgulamak için sağlık hikayesi boyutlarının karmaşıklığına duyarlılığı temel alır. İkinci varsayım, dinleyici hikayeyi paylaşan kişinin benzersiz bakış açısının geçmişi ve geleceği anda birleştirdiğini anlamasıyla, hikayeyi paylaşan kişiyi mevcut sağlık deneyimine odaklanmasını davet eder. Üçüncü varsayım, insanı ortaya çıkan sağlık hikayesinin ritmi içinde düşüncelerin, duyguların, davranışların, bedensel deneyimlerin ve diğer insan ifadelerinin farkındalığı yoluyla anlam yaratma eğilimini destekler (Smith ve Liehr, 2005; Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

2.7.2. Hikaye Teorisinin Kavramları

Hikaye Teorisi birbiriyle ilişkili amaçlı diyalog, kendisi ile bağ kurma ve kolaylaştırma kavramlarından oluşmaktadır. Hikaye, kolaylaştırmak için amaçlı diyalog yoluyla bireyin kendisi ile bağ kurmasının anlatsal bir olayıdır. Birey

hikayenin tamamının kendisine ait olduğunu kabul ettiği durumda kolaylık ortaya çıkmaktadır. Hikaye süreci, kolaylık oluşturmak için kişinin kendisiyle, başkalarıyla ve başkasının dünyasıyla bağlantı kurmak için amaçlı diyalog ile başlar (Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023).

2.7.2.1. Amaçlı Diyalog

Amaçlı diyalog, günlük yaşamı zorlaştıran bir sağlık sorunu hikayesinin anlatılması için bir başkasıyla kurulan amaçlı bir etkileşimdir. Bu etkileşimde bireyin acısı, kafa karışıklığı, neşesi, bozulan ilişkileri, doyum veya acısı gibi benzersiz yaşam deneyimleri hakkında anlayış arayışında olmak ve bir değişim sürecini başlatmak için diyalog kurma niyeti vardır (Liehr ve Smith, 2023). Hikaye paylaşımı, hemşirenin bir başkasıyla birlikte bir yol boyunca yürüdüğü ve detayları ortaya çıkarmak için biraz daha ileriye gittiği, mevcut durumları ve gelecekteki yönü belirlemek için hikayenin dinamiklerini dikkate aldığı güvene dayalı bir ilişkide gerçekleşir. Amaçlı diyalog, bir sağlık sorunuyla ilgili hikayeyi paylaşan kişi için en önemli olan şeye dokunarak hayatta kalma deneyimine enerji verir (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2020).

Amaçlı diyalog kavramının gerçek mevcudiyet ve ortaya çıkışı sorgulamak olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Gerçek mevcudiyet, bireyin sağlık hikayesini geçmiş, şimdi ve gelecek zaman dilimleri kapsamında hemşirenin yargılamadan ritmik olarak enerjisini odaklamasıdır (Liehr ve Smith, 2023). Hemşire bireyi ana getirirken aynı zamanda kendisi de durumun anlamını keşfeder. Gerçek mevcudiyet, hikaye paylaşımı sırasında hemşirenin etkinliğinin özüdür. Hemşire tüm dikkatini hikayeyi paylaşana vererek anlatılanların dinlenmeye değer olduğunu ve saygı duyulduğunu iletir (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2020).

Sağlık hikayesinin ortaya çıkışı gerçek mevcudiyeti varsayar ve hikayenin başlangıcını, ortasını ve sonunu birbirine bağlayan kalıpların açıklığa kavuşturulmasına odaklanır. Hemşire hikayeyi paylaşan kişinin bakış açısından hikaye ritmine yakın dururken, aynı zamanda bağlantı kalıplarını ayırt etmek için mesafeli olma durumundadır (Smith ve Liehr, 2005; Liehr ve Smith, 2023). Hikaye paylaşan kişi ile birçok karşılaşma yaşanması hemşirenin hikayenin ilerleyişi, olası kalıpları ve anlamla ilgili önseziler hakkında not almasına yardımcı olur. Bu notlar takip eden karşılaşmalar meydana geldiğinde, özellikle de sorunlar birden fazla

karşılaşma sonrasında yeniden ortaya çıktığında, bir rehberlik kaynağı olabilir (Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023).

Sağlık hikayesinin ortaya çıkışını sorgulamak, belirsiz hikaye yönlerinin açıklığa kavuşturulmasıdır. Hem hemşire hem de hikayeyi paylaşan kişi sağlık sorunu hikayesine katılmakta ve hemşire konsantre bir şekilde hikayeyi paylaşan kişinin bakış açısından anlamaya çalışmaktadır. Hikaye hakkında hiçbir şey varsayamaz çünkü detayları sadece paylaşan kişi bilmektedir. Hikaye asla bitmez, bireyin anlatmak istemeyebileceği kısımlar da dahil olmak üzere, hikayede her zaman daha fazlası vardır (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023).

2.7.2.2. Kendisi ile Bağ Kurma

Kendisi ile bağ kurma, gelişen bir hikayede kendini başkalarıyla ilişkili olarak tanımanın aktif sürecidir. Kendisi ile bağ kurma kavramı kişisel geçmiş ve yansıtıcı farkındalık olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Kişisel geçmiş, bireylerin nereden geldiklerini, şu anda nerede olduklarını ve hayatta nereye gittiklerini düşündüklerinde ortaya çıkan eşsiz anlatıdır (Liehr ve Smith, 2023). Hemşire, hikayenin başlangıcına ulaşmak için geçmiş, şimdi ve geleceğe doğru giderek kişisel geçmişle yüzleşmeyi teşvik eder, böylece hikayenin derinliklerine giderek genellikle gizli kalan benzersiz anlamları bulur. Benlik nüansların, hataların, güçlü yönlerin tanınması ve kabul edilmesinin yanı sıra kişinin geçmişte ve şu anda nasıl yaşadığını, gelecekteki umutlarını ve hayallerini nasıl tasavvur ettiğini anlayarak onaylanır (Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023).

Kendisi ile bağ kurma kavramının ikinci boyutu olan yansıtıcı farkındalık, yaşamı olduğu gibi kabul etmenin tam tersidir ve bedensel deneyim, düşünceler ve duygularla temas halinde olmaktır. Yansıtıcı farkındalık, benliğin düşünceli bir şekilde gözlemlenmesini sağlar, böylece bedensel deneyim, düşünceler ve duyguların farkına varılır (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023). Anı bu farkındalıkla yaşamak kişinin düşünceleri ve duygularıyla olan ilişkisinde derin bir değişime neden olur ve bunun sonucunda daha fazla netlik, perspektif, nesnellik ve nihayetinde sakinlik elde edilir (Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023).

Hemşire hikayenin belirli bir anında bedensel deneyimler, düşünceler ve duygular hakkında yansıtıcı farkındalığa rehberlik ederken, hikayeyi paylaşan kişi

bilinen ve bilinmeyenle karşı karşıya kalır ve fark edilmeyen anlamın yüzeye çıkmasına izin verir. Hikayeyi hemşireye paylaşan kişi aynı zamanda hikayeyi kendine de anlatır. Kişisel geçmişe ilişkin yansıtıcı farkındalık, kişinin başkalarıyla ve dünyayla ilişkisinde kendisiyle olan bağlantısını canlandırarak kolaylık yaratmaya ortam oluşturur (Liehr ve Smith, 2010; Liehr ve Smith, 2018).

2.7.2.3. Kolaylaştırma

Kolaylaştırma, hikaye anlarının, olaylarının ve perspektiflerinin bir araya gelmesi ile deneyimlenen enerji verici bir rahatlama"dır. Bu durum kişinin doğuştan gelen rahat olma dürtüsü ve hemşirenin rahatlığı sağlama niyeti bağlamında gerçekleşir. Kolaylaştırma kavramının iki boyutu kopuk hikaye anlarını hatırlamak ve sabitlemenin ortasında akış olarak ifade edilmektedir. Kopuk hikaye anlarını hatırlamak, sağlık hikayesi parçalarının sıralanması, birleşmesi ve bir araya gelmesinde farkındalık, kabul ve anlamlandırma ile bağlantı kurar (Liehr ve Smith, 2010; Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

Hemşire ve birey arasında gerçekleşen diyalogda, hemşire hikaye boyunca kişiyle birlikte hareket ederken birbirinden kopuk anların hatırlanması söz konusudur. Birey önemli deneyimlerin anlamına anlık ışık tuttukça anlam kalıpları ortaya çıkar. Çoğu zaman hemşire ilk kez diyaloga girdiğinde, dikkati en önemli deneyimlere yöneltmez, ön plandaki hikaye ile kalarak en önemli deneyimlerin arka planda kalmasını sağlar. Zaman içerisinde odaklanmış mevcudiyetle hemşire, yaşam deneyiminin dokusundaki tutarlı anlam kalıplarını ortaya çıkararak sorunları, değerleri, fikirleri ve durumu aydınlatır (Smith ve Liehr, 2005; Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2018).

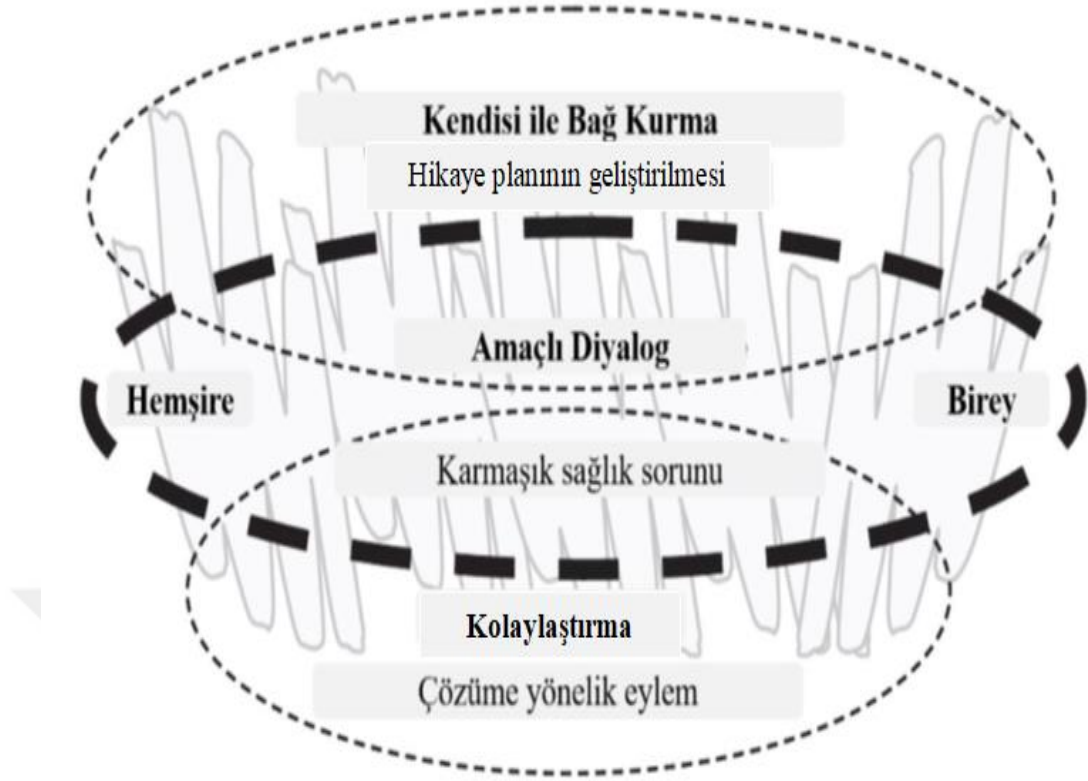
Kolaylaştırma kavramının diğere bir boyutu olan sabitlemenin ortasında akışta ise akış, dinamik bir uyum deneyimi iken sabitlemek ise anın anlamını netleştirme deneyimidir. Anlam kalıpları fark edildikçe, adlandırıldıkça ve belirginleştirildikçe sabitleme ve akış aynı anda gerçekleşir. Birey anlam kalıplarını netleştirirken hikayenin akışı ve sakinliğindedir. Akışın tanımlayıcı özelliğı “an be an aktiviteye yoğun deneyimsel katılım”dır (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

Bütün bir hikaye netleşmeye başladıkça, tüm hikayeyi karakterize eden yan yana sıralanmış gerçeklikler; mutluluk, melankoli, kısıtlama, özgürlük, korku, güvenlik, tutarsızlık ve tutarlılık gibi tamamen farklı anları kapsar. Kaybı yaşayan

kişi aynı zamanda kazancı da deneyimleyebilmekte ve yalnız olan kişi çoğu zaman başkalarıyla moral verici etkileşimler yaşayabilmektedir (Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023). Hikaye paylaşımı iyileşmenin bir aracı haline geldiğinde “hikayeyi kucaklamak” gerçekleşir. Hikayeyi kucaklamak, hikaye anları dağıldığında yönü ayırt etmeyi zorlaştıran kopuk bir hikayenin sınırlarından kurtulmayı sağlar. Kolaylaştırma, sadece bir an için bile görmeyi mümkün kılar ve insan gelişimi için olanaklar yaratan güçlü bir andır (Smith ve Liehr, 2005; Smith ve Liehr, 2020; Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

2.7.3. Hikaye Teorisi Kavramlar Arası İlişkisel Model

Hikaye Teorisi kavramlar arasındaki ilişkiyi açıklayan bu model, teorideki tüm kavraymlara amaçlı diyalog yoluyla hikaye paylaşımı için gerekli olan enerjiyi ifade eden bir “dalga” yayar. Hemşire ve birey arasındaki kalın noktalı elips, hemşire-birey arasındaki kendisi ile bağ kurma ve kolaylaştırma sağlamada temel aktivite olan amaçlı diyalogu vurgular. Modelin tasarımında, sürekli gelişen bir sürecin girdabını haritalayan, tüm teori kavramlarını ve ilgili yöntem boyutlarını (karmaşık sağlık sorunu, hikaye planının geliştirilmesi, çözüme yönelik eylem) kapsayan üç elips vardır. Modelin temel kavramları arasındaki bağlantılar, teori olgusunu enerji yüklü entegre bir bütün olarak haritalandırır (Şekil 1) (Smith ve Liehr, 2010).



Şekil 2.1. Hikaye Teorisi kavramlar arası ilişkisel model

2.7.4. Hikaye Teorisinin Postmenopozal Kadınların Semptom Yönetiminde Kullanımı

Hikaye Teorisi menopoz hikayelerinin paylaşımı yoluyla sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde menopozal semptom yönetiminde hemşireler için güçlü bir kaynak oluşturmaktadır. Hemşire ile postmenopozal kadın arasında gerçekleşen sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde sistematik nitel veri toplamada Hikaye Teorisi temel alınmıştır. Hemşire, hikayeyi paylaşan kadın için önemli olan menopozal semptomlara ilişkin Hikaye Teorisi temelli bir hikaye toplamaktadır. Bu nedenle Hikaye Teorisi, hemşireye yol göstererek kadınların menopozal semptomlarını etkin bir şekilde yönetilmesinde önemlidir (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

Hikaye paylaşımı postmenopozal kadınların kendisi ile bağ kurarak semptomlara yönelik öz farkındalığını, semptomların kabul edilmesini, azaltılmasını veya giderilmesini sağlamada oldukça önemlidir. Kadın, menopozal hikayesinin tamamının kendisine ait olduğunu kabul ettiği durumda semptom yönetimi kolaylaşmaktadır (Liehr ve Smith, 2020). Bu araştırmada Hikaye Teorisi temelli

bireysel menopoz hikayelerinin paylaşımı ve eğitim programının birlikte kullanılması, postmenopozal kadınların menopoz semptomları ile etkin bir şekilde baş etmesine yönelik yenilikçi bir yaklaşımdır.

Bu araştırmada amaçlı diyalog kavramı kadınlarla diyalogu başlatmayı, menopoz dönemi farkındalığını artırmayı ve postmenopozal semptomların neden olduğu sağlık sorunu hikayelerini toplamayı içermektedir. Bu kavram kapsamında hemşire menopozal semptomlara yönelik kadınların hikayesini anlatması için amaçlı bir etkileşim kurar (Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2018). Bu etkileşimde hemşire menopoza özgü benzersiz yaşam deneyimlerinde semptom yönetimini başlatma niyetindedir. Hikaye paylaşımı, menopoz hikayelerinin detaylarını ortaya çıkarmak, mevcut ve geleceğe yönelik durumları belirlemek için hikayenin dinamiklerini dikkate aldığı hemşire-birey arasında güvene dayalı bir ilişkide gerçekleşir (Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023).

Hemşire gerçek mevcudiyeti ile kadının menopozal hikayesini geçmiş, şimdiki ve gelecek zaman dilimleri kapsamında yargılamadan, kadının anda kalmasını sağlayarak o andaki anlamı keşfeder. Hemşire tüm dikkatini postmenopozal kadına vererek anlatılanların dinlenmeye değer olduğunu ve saygı duyulduğunu hissettirir. Hemşire menopozal hikayenin başlangıcını, ortasını ve sonunu birbirine bağlayan kalıpların açıklığa kavuşturulmasına odaklanır (Smith ve Liehr, 2005; Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2018). Hemşire hikayeyi paylaşan kadının bakış açısından bakarken, aynı zamanda bağlantı kalıplarını ayırt etmek için dışardan bakmak durumundadır. Hikaye paylaşan postmenopozal kadın ile karşılaşmaların tekrarlanması hemşirenin hikayenin ilerleyişi, olası kalıpları ve anlamla ilgili önseziler hakkında veri toplamasına katkı sağlar (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

Bu araştırmada kendisi ile bağ kurma kavramı postmenopozal semptomlar ile yaşamanın geçmiş, şimdiki ve gelecekteki zorluklarını içeren kişisel geçmişi tanıma sürecini kapsamaktadır. Hemşire postmenopozal kadınların kendisi ile bağ kurmasını sağlayarak menopoza özgü hikayesinde yaşadığı semptomları tanımasını, farketmesini ve farkındalığını artırmayı sağlar (Liehr ve Smith, 2020). Hemşire, menopoza özgü hikayenin başlangıcına ulaşmak için geçmiş, şimdi ve geleceğe doğru giderek kadınların geçmişte yaşadığı menopozal semptomlarla yüzleşmesini

teşvik eder ve böylece hemşire hikayenin derinliklerine giderek benzersiz gizli kalan anlamları açığa çıkarır (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023).

Anlam kalıpları ortaya çıktıkça kadınlar menopoza özgü sağlık sorunlarında farklılıklarının, zayıf ve güçlü yönlerinin yanı sıra geçmiş ve şu anda nasıl yaşadığı, gelecekteki umutlarını ve hayallerini nasıl gözünde canlandırıldığını anlayıp kavrar. Hemşire yansıtıcı farkındalık ile postmenopozal kadınların benliğini menopoza özgü sağlık sorunları kapsamında düşünceli bir şekilde gözlemlemesini sağlar. Benliğin düşünceli bir şekilde gözlemlenmesi menopoza yönelik semptomlar, düşünceler ve duyguların farkına varılmasını sağlar (Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023). Bu farkındalıkla yaşamak kadınların düşünceleri ve duygularıyla olan ilişkisinde derin bir değişime neden olarak daha fazla netlik, perspektif ve nesnellik sağlayarak menopozal semptom yönetimini kolaylaştırır (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2020).

Bu araştırmada kolaylaştırma kavramı ise kadınların yaşadığı postmenopozal semptomlarda kullandıkları baş etme yöntemlerini ve bu yöntemlerin etkililiğinin öğrenilmesiyle semptom yönetiminin kolaylaştırılmasını içermektedir. Hemşire menopoza özgü sağlık sorunlarına ilişkin anlatılan hikayelerde kopuk anlamları kadınlara hatırlatarak sağlık hikayesi parçalarının sıralanması, birleşmesi ve bir araya gelmesinde farkındalık, kabul ve anlamlandırma ile bağlantı kurar (Smith ve Liehr, 2010; Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023). Bu bağlantı ile birlikte postmenopozal kadınlarda kullandıkları baş etme yöntemleri ve etkililiğine ilişkin anlam kalıpları ortaya çıkar. Zaman içerisinde hemşire menopozal semptomlarla baş etme deneyiminde ortaya çıkardığı anlam kalıpları ile sorunları, değerleri, fikirleri ve durumu aydınlatarak menopozal semptom yönetimini etkin bir şekilde yürütür (Liehr ve Smith, 2020; Liehr ve Smith, 2023).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırmanın türü karma yöntem olup, araştırmada ileri düzey karma yöntem desenlerinden müdahale deseni kullanılmıştır. Karma yöntem, araştırma sorularına ve hipotezlerine yanıt olarak hem nitel hem de nicel verilerin toplanması, analiz edilmesi ve birleştirilmesinde, araştırmanın yürütülmesine ilişkin prosedürlere teori, felsefe ve mantıksal çerçeve sağlayarak araştırma tasarımlarının oluşturulmasını sağlamaktadır (Cresswell ve Clark, 2018; Cresswell, 2019).

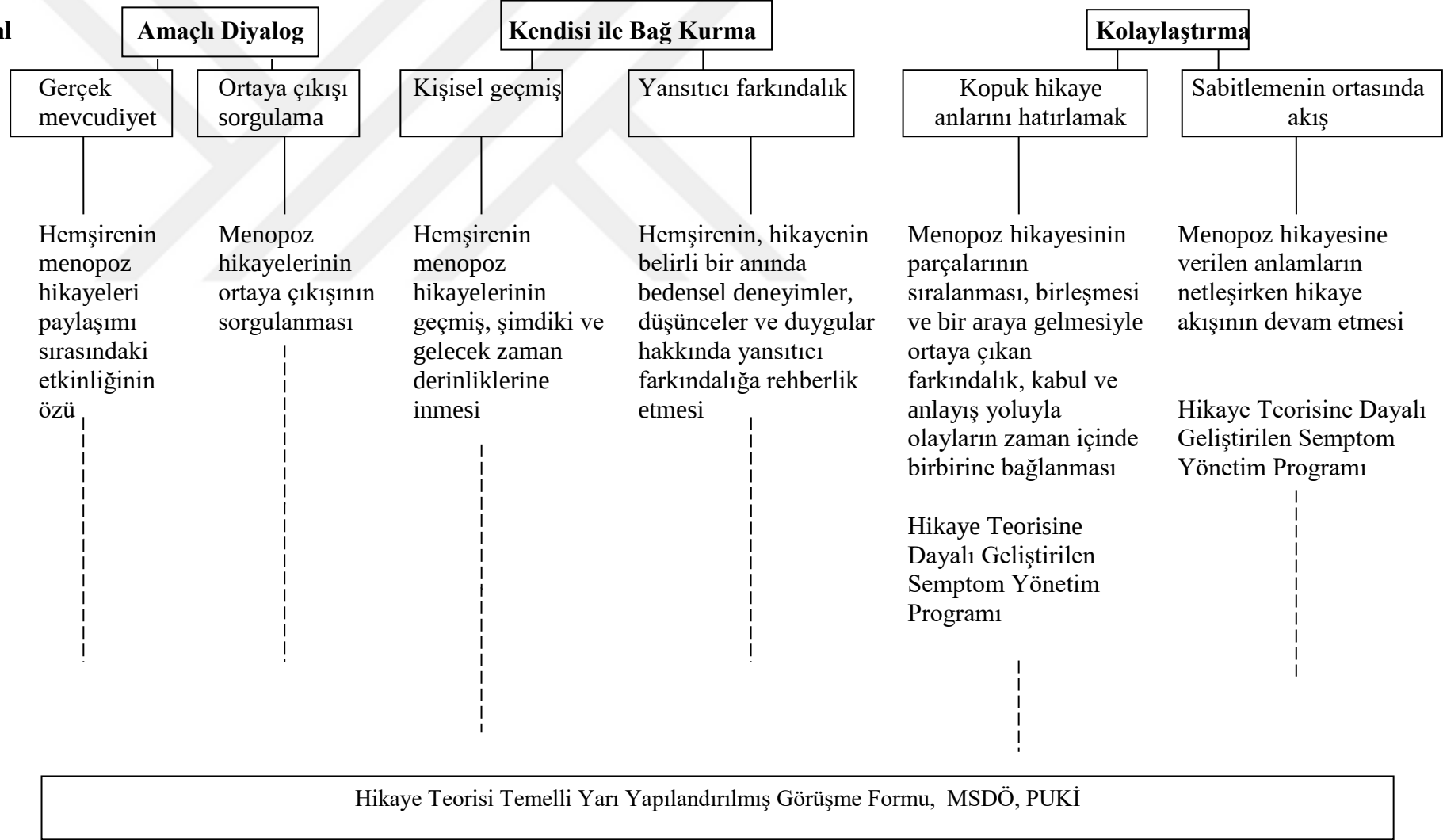
Müdahale deseni deneysel bir çalışmaya nitel verilerin eklenmesini içermektedir. Bu desende deneysel ön-son test modeline göre yürütülen çalışmaya nitel veriler yerleştirilebilmektedir. Nitel veriler girişim öncesi, girişim sırası veya girişim sonrasında ya da her aşamada eklenebilmektedir (Cresswell, 2015). Araştırmanın raporlanmasında, karma yöntem araştırmaları için geliştirilen kontrol listesi kullanılmıştır (Fetters ve Molina-Azorin, 2019).

İleri düzey karma yöntem desenlerinden müdahale deseni doğrultusunda, bu araştırmada öncelikle nicel araştırma kapsamında ön test ve sonrasında girişim sırasında hem nitel araştırmayı hem de eğitim programını içeren Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı (HİTSEY) uygulanmıştır. Son olarak HİTSEY uygulandıktan 1. ve 3. ay sonrasında son testler uygulanmıştır. Hikaye Teorisi temel alınarak geliştirilen bu araştırmaya ait Kavramsal, Teorik ve Deneysel (KTD) yapısı Şekil 3.1’de yer almaktadır.

**Kavramsal
Yapı**

**Teorik
Yapı**

**Deneyisel
Yapı**



Şekil 3.1. Araştırmanın Hikaye Teorisi temelli Kavramsal Teorik Deneyisel yapısı

3.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutu

3.1.1.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın türü randomize tek kör ön test-son test kontrol gruplu deneysel araştırma tasarımıdır. Araştırmada Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının etkisi değerlendirilmiştir. Nicel araştırmanın raporlanmasında SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials) 2013 kullanılmıştır (Chan vd., 2021).

3.1.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Haziran 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında Samsun ili Atakum ilçesine bağlı Ömürevleri, Atakum, Mimar Sinan, Çobanlı ve Yenimahalle Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı postmenopozal kadınların iletişim bilgileri alınarak online olarak yürütülmüştür.

3.1.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ömürevleri, Atakum, Mimar Sinan, Çobanlı ve Yenimahalle Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran dahil edilme kriterlerine uyan postmenopozal kadınlar oluşturmaktadır. G.Power programı ile hesaplanan örneklem büyüklüğü, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalama ve standart sapma değeri 6.57 ± 1.23 olarak alındığında %5 önem düzeyi, %80 test gücü, 0.700 etki büyüklüğü ile en az 68 kişi olarak belirlenmiştir (Lu ve ark, 2020). Deney ve kontrol grubunda örneklem kaybı göz önüne alınarak %10 daha fazla örneklem ile 38 kadın yer alacak şekilde toplamda 76 postmenopozal kadın örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmanın dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma kriterleri aşağıdaki gibidir.

Dahil Edilme Kriterleri

- Gönüllü olmak,
- Okur yazar olmak,
- Akıllı cep telefonuna/bilgisayara sahip olmak,
- Menopoz sonrası ilk 2 yıllık dönemde olmak,
- Vazomotor belirti yaşamak.

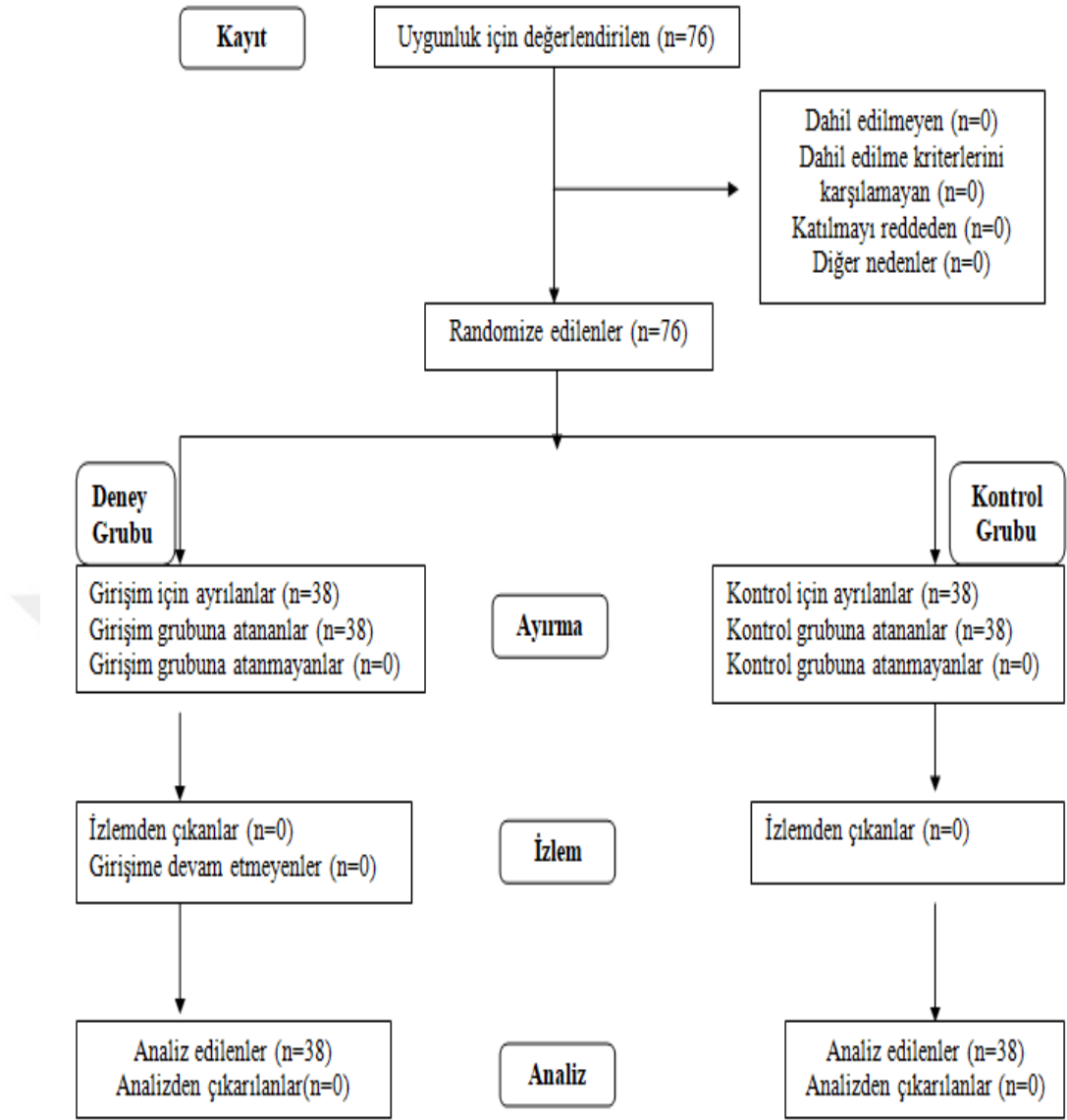
Dışlanma Kriterleri

- İletişim engeli olmak,
- İnternet erişiminde sorun yaşamak,
- Premenopozal dönemde olmak,
- Cerrahi menopoz geçirmek,
- Solunum sistemi ile ilgili tanı almak,
- Menopoza yönelik tedavi almak,
- Kardiyovasküler hastalık ile ilgili tanı almak,
- Psikiyatrik hastalık ile ilgili tanı almak,
- Uyku rahatsızlığına yönelik tedavi almak,
- Nefes egzersizleri ile ilgili bir eğitim almak.

Çıkarılma Kriterleri

- Programın herhangi bir oturumuna katılmamak.

Araştırmanın CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) akış şeması şekil 3.2’de yer almaktadır (Cuschieri, 2019).



Şekil 3.2. Araştırmanın CONSORT akış şeması

3.1.1.4. Randomizasyon ve Körleme

Araştırmada dahil edilme kriterlerine uyan 76 kadının deney ve kontrol gruplarına yansız olarak atanması amacıyla basit rastgele randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Aile Sağlığı Merkezlerinde dahil edilme kriterlerine göre seçilen kadınlardan örneklem havuzu oluşturulup, bilgisayar ortamında research randomizer web sitesi kullanılarak randomizasyon belirlenmiştir (<https://www.randomizer.org/>). Elde edilen sıraya göre deney ve kontrol grubundaki kadınlar tespit edilmiştir. Araştırmada katılımcılar körlenmiş olup deney veya kontrol grubunda olduklarını bilmeden araştırmaya katılmıştır.

3.1.1.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi alt boyut ve toplam puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, gelir durumu, aile tipi, kiminle beraber yaşandığı, yaşanılan yer, fiziksel aktivite ve beslenme durumu, kronik hastalık durumu, sigara içme durumu, sıcak basması yaşama süresi, menopoza yönelik doktora gitme durumu, menopoza yönelik eğitim alma durumu, uyku sorunu yaşama durumu ve Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programıdır.

3.1.1.6. Veri Toplama Araçları

Nicel araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (ön test-son test) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form kadınların yaş, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, aile tipi, kiminle beraber yaşandığı, yaşanılan yer, fiziksel aktivite, beslenme, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma, sıcak basması yaşama süresi, menopoza yönelik doktora gitme ve eğitim alma ve uyku sorunu yaşama durumlarına ilişkin toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Barry, 2021; Strich, 2021; Coslov, 2022; Dautovich, 2022; Geraghty 2022a) (Ek 1).

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Orjinal adı Menopause Rating Scale (MRS) olan MSDÖ 1996 yılında menopozal semptomların şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Schneider vd., 2000) ve Türkiye’de 2005 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır (Gürkan, 2005). Toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte her bir madde için “0= Hiç yok”, “1= Hafif”, “2= Orta”, “3= Şiddetli” ve “4= Çok şiddetli” seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44’dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı göstermektedir. Ölçeğin tümü

için Cronbach Alpha katsayısı 0,84'tür. Ölçek somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Somatik alt boyutta yer alan semptomlar; vazomotor semptomlar, kalp rahatsızlıkları, uyku sorunları, eklem ve kas hastalıklarıdır. Psikolojik alt boyutta; keyifsizlik hali, sinirlilik, endişe, fiziksel ve zihinsel yorgunluk vardır. Ürogenital alt boyutta yer alan semptomlar ise; cinsel sorunlar, idrar sorunları ve vajinada kuruluştur. Ölçeğin somatik ve psikolojik alt boyutlardan alınabilecek puanlar 0-16 arasında değişirken, ürogenital alt boyuttan alınabilecek puanlar ise 0-12 arasında değişir. Alt boyutlardan alınan puanların toplamı ise ölçeğin toplam puanını vermektedir (Ek 2).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ilk olarak 1989 yılında geliştirilmiştir (Buyyise vd.,1989), Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği ise 1996 yılında yapılmıştır (Ağargün vd., 1996). Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. PUKİ bir aylık zaman aralığındaki uyku kalitesini ve bozukluklarını puanlayarak değerlendiren bir indekstir. Toplamda 24 soru vardır ve bu soruların 19 tanesi bireysel cevaplanan sorulardır. Kalan 5 soru ise bireyin eş ya da oda arkadaşı tarafından cevaplandırılmakta olup, puanlamada dikkate alınmaz. PUKİ; Öznel Uyku Kalitesi (Bileşen 1), Uyku Latensi (Bileşen 2), Uyku Süresi (Bileşen 3), Alışılmış Uyku Etkinliği (Bileşen 4), Uyku Bozukluğu (Bileşen 5), Uyku İlacı Kullanımı (Bileşen 6) ve Gündüz İşlev Bozukluğu (Bileşen 7) olmak üzere yedi bileşenden oluşmaktadır. Her bir bileşen 0-3 puan arasında değerlendirilmekte ve 7 bileşenin puanlarının toplanması ile PUKİ skoru elde edilmektedir. Toplam puanı 0-21 arasında değişmekte olup, toplam puanının 5'in üzerinde olması kötü, 5 ve 5'in altında olması iyi uyku kalitesini göstermektedir (Ek 3). Bu araştırmada kullanılan ölçeklere ait Cronbach Alfa katsayıları Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan MSDÖ VE PUKİ'nin Cronbach Alfa Katsayıları

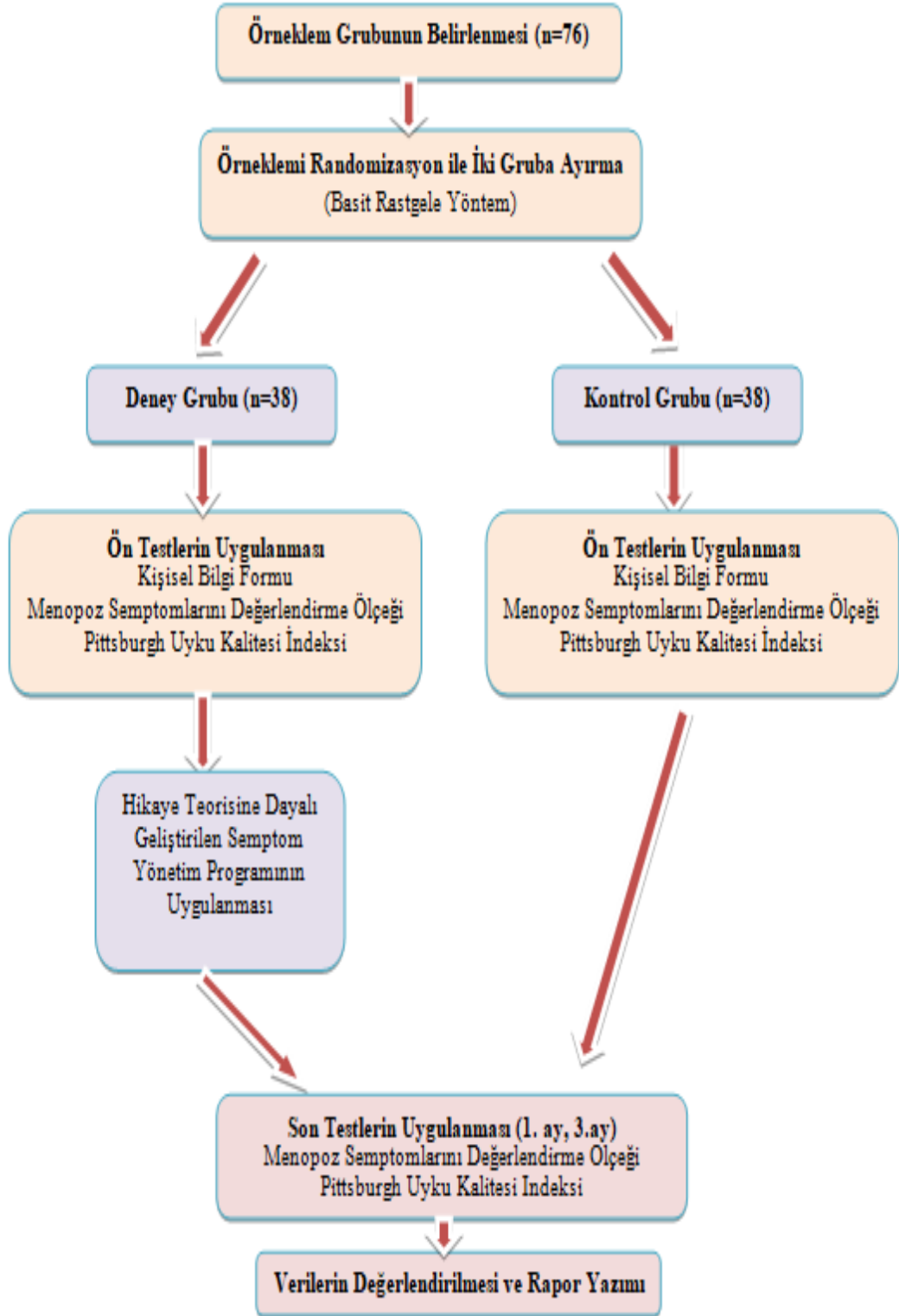
Ölçekler	Cronbach Alfa Katsayısı	Orijinal Ölçekteki Cronbach Alfa Katsayısı
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)	0.92	0.84
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	0.79	0.80

3.1.1.8. Verilerin Toplanması

Veri toplama formlarının, on postmenopozal kadında pilot uygulaması yapılarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir ve araştırmada kullanılmıştır.

Ön testlerin uygulanması: Ön test olarak Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Google Form üzerinden online olarak hazırlanmıştır. Ön testler daha önce tespit edilen ve randomizasyonla deney ve kontrol grubuna ayrılan 76 postmenopozal kadına HİTSEY öncesinde online ve bireysel olarak uygulanmış ve yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Son testlerin uygulanması: Son test olarak Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Google Form üzerinden online olarak hazırlanmıştır. Son testler HİTSEY uygulandıktan sonra 1. ayda semptomlarla baş etme davranışlarının etkinliğini değerlendirmek amacıyla, 3. ayda izlem amacıyla hem deney hem de kontrol grubundaki postmenopozal kadınlara online ve bireysel olarak uygulanmıştır, yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulama aşamalarını içeren akış şeması Şekil 3.1’te yer almaktadır.



Şekil 3.3. Araştırmanın akış şeması

3.1.1.7. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir ve verilerin normal dağılım gösterme durumları Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Deney ve kontrol gruplarına

göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Yates düzeltmesi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. İkili gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Grup ve zamana göre normal dağılan puanların karşılaştırılmasında Genelleştirilmiş lineer model yöntemi kullanılmıştır ve çoklu karşılaştırmalar Tukey testi ile incelenmiştir. Grup ve zamana göre normal dağılmayan bileşen 4 puanının karşılaştırılmasında Walrus paketi kullanılarak Robust ANOVA testi yapılmıştır. Normal dağılan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum–maksimum) olarak, kategorik verilerde ise frekans (yüzde) olarak belirtilmiştir. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alınmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutu

3.1.2.1. Araştırmanın Türü

Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı fenomenolojik araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.1.2.2. Araştırmanın Örneklemi

Nitel araştırma deney grubuna uygulanan HİTSEY programı içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle nitel araştırmanın örneklemi deney grubunda yer alan tüm katılımcılardan (38) oluşmaktadır.

3.1.2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada nitel verilerin toplanmasında Hikaye Teorisi Temelli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır (Ek 4). Hikaye Teorisinin 3 ana kavramına temellendirilerek oluşturulan bu form toplam 16 sorudan oluşmaktadır (Liehr ve Smith, 2018; Liehr ve Smith, 2023). Bu alanda çalışmalar yapmış uzman 2 Prof. Dr., 1 Doç. Dr. ve 1 Dr. Öğr. Üyesi hocalardan uzman görüşü alınmış ve uygun bulunmuştur. Bu form Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı 1., 3. ve 5. oturumlarında deney grubundaki kadınların tamamına yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerde kullanılmıştır.

Teorinin amaçlı diyalog kavramına ilişkin; menopoza girmeden önce menopozun ne anlam ifade ettiği ve kelime olarak nasıl tanımlandığı, menopoz dönemine girildiğinde ilk nasıl hissedildiği ve menopozda ilk hangi rahatsızlık veren belirtilerin yaşandığına yönelik sorular yer almaktadır.

Kendisi ile bağ kurma kavramı kapsamında menopozda şu anda yaşadığı zorlayıcı deneyimler, bu deneyimlere yönelik düşünceler ve duygular, menopoza girdikten sonra menopozu kelime olarak nasıl tanımlandığı, şu anda en çok sıkıntı yaşanan ve önemli olan zorluklar, geçmişte menopoza verilen anlam ile şu anki anlam arasında nasıl bir değişim olduğu, menopoz sonrasında hayatın nasıl tanımlandığı ve menopozdan sonra bir kadın olarak kendisi hakkındaki görüşlerinde ne gibi değişiklikler olduğu yer almaktadır.

Kolaylaştırma kavramına ilişkin menopozda yaşanan zorluklarla nasıl baş edildiği, baş etmede kullanılan bu yöntemlerin etkili olup olmadığı ve bu zorluklarla baş ederken nasıl bir desteğe gereksinim duyulduğuna yönelik sorular yer almaktadır.

3.1.2.4. Verilerin Toplanması

Tanımlayıcı fenomenoloji deseninde yürütülen nitel araştırmada veriler, Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı 1., 3. ve 5. oturumlarında deney grubundaki kadınlarla yapılan bireysel derinlemesine görüşme sonucunda elde edilmiştir. Görüşmeler sessiz bir ortamda mahremiyet gözetilerek gerçekleştirilmiştir. Meet programı üzerinden yürütülen online görüntülü görüşmelerde katılımcıların izni alınarak ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşme süresi en az 30 dk, en fazla 65 dk sürmüştür. Sonrasında görüşmeye ilişkin ses kayıtları davranışsal veriler de dahil olmak üzere Microsoft Word programında yazıya aktarılmıştır ve toplam 89 sayfa transkripsiyon elde edilmiştir.

3.1.2.5. Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel verilerin geçerliği, araştırmacının belirli prosedürleri kullanarak bulguların doğruluğunu kontrol etmesi anlamına gelirken, verilerin güvenirliliği araştırmacının yaklaşımının farklı araştırmacılar ve farklı çalışmalar arasında tutarlı olduğu anlamına gelmektedir. Araştırmalarda nitel verilerin geçerlik ve güvenirliliği için birden fazla yaklaşımın birlikte kullanılması önerilmektedir (Creswell, 2014).

Bu araştırmada nitel verilerin geçerliğinin sağlanması kapsamında transkriptte yer alan bazı açıklamaların katılımcılara sunulmasıyla, açıklamaların doğruluğunu değerlendirmeleri için üye kontrolü kullanılmıştır. Araştırmacı transkripsiyon sürecinde yan tutmadan verileri olduğu gibi yazıya aktarmıştır. Nitel alışma alanında deneyimi olan bir akran tarafından nitel veriler gözden geirilmıştir. Ayrıca bu araştırma konusunda bilgisi olmayan dışardan bağımsız bir araştırmacının nitel verileri değerlendirmesi sağlanmıştır.

Bu araştırmada nitel verilerin güvenirliği kapsamında ise, transkripsiyon sırasında yapılan hatalardan emin olmak için transkriptler tekrarlı bir şekilde kontrol edilmiştir. Kodların tanımı ve anlamında bir hata olmaması için kodlama süreci sürekli gözden geirilmıştir. Elde edilen kodların farklı araştırmacılar tarafından geliştirilen kodlarla değerlendirilmesi yapılarak çapraz kontrol sağlanmıştır.

3.1.2.6. Verilerin Analizi

Nitel verilerin analizinde içerik analizi kullanılmıştır. Araştırmanın raporlanmasında, Kalitatif Araştırma Raporlama Konsolide Kriterleri (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research-COREQ) rehber olarak kullanılmıştır (Tong vd., 2007). Bu araştırmada verilerin analizinde Colaizzi'nin tanımlayıcı fenomenolojik araştırmalarda kullandığı veri analiz yöntemi kullanılmıştır (Praveena ve Sasikumar, 2021). Colaizzi'ye göre birinci adımda ses kaydı dikkatli bir şekilde tekrar tekrar dinlenerek içeriğin net bir şekilde anlaşılıp, yazıya dökülmesi ve okunması sağlanmıştır. İkinci adımda transkriptte yer alan önemli ifadeleri belirlemek için tekrarlı okumalar yapılmıştır ve bu ifadeler her katılımcı için ayrı ayrı yazılmış, transkript sayfa numarası ve satır numarası ile birlikte kodlanmıştır. nc adımda transkriptte geçen her önemli ifade dikkatle incelenerek anlamlar belirlenmiş ve sonrasında bu anlamlar kodlanarak kategorize edilmiştir. Dördüncü adımda, belirlenen anlamlar araştırmacı tarafından temalar ve alt temalar şeklinde düzenlenmiştir. Beşinci adımda araştırmacı ortaya çıkan tüm temalar ve alt temaların bir araya getirilmesiyle olgu kapsamlı bir şekilde tanımlanmıştır. Altıncı adımda, tekrarlardan kaçınmak, olgunun açık ve öz bir tanımını yapabilmek için kapsamlı açıklamalar, yalnızca olgunun yapısı için gerekli olduğu düşünülen yönleri kapsayan ifadelere dnştrlmştir. Son olarak yedinci adımda ortaya çıkan olgunun deneyimlerle temsil edilebilirliğini ortaya çıkarmak için üye kontrolü kapsamında

transkript, kodlar ve temalar, bulguların uygunluğunu değerlendirmek üzere üç rastgele katılımcıya gönderilmiş ve geri bildirim alınmıştır.

3.2. Hemşirelik Girişimleri

3.2.1. Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı (HİTSEY)

Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının amacı postmenopozal kadınlarda vazomotor belirtileri azaltmak ve uyku kalitesini artırmaktır. HİTSEY Hikaye Teorisinin amaçlı diyalog, kendisi ile bağ kurma ve kolaylaştırma temel kavramları doğrultusunda belirli bir akış içerisinde geliştirilmiştir. Programda her temel kavrama yönelik 2 oturum bulunmakta ve toplam 6 oturumdan oluşmaktadır. Her oturuma başlamadan önce kadınların rahatlamaları ve diyafram nefesi farkındalığını sağlamak için 5 dk nefes egzersizi yaptırılmıştır (Ek 5).

HİTSEY deney grubuna online olarak meet programı üzerinden 3 hafta boyunca haftada 2 oturum şeklinde bireysel olarak yürütülmüştür. Programda yer alan oturum içeriği, ünite ve konu başlıkları da Teorinin kavramsal içeriğine göre düzenlenmiştir. HİTSEY'in 1., 3. ve 5. oturumlarında Hikaye Teorisi Temelli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu aracılığı ile online bireysel derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Programın 2., 4. ve 6. oturumlarında ise Hikaye Teorisi kavramları doğrultusunda menopoza ilişkin ünite ve konu başlıkları ile eğitim programı oluşturulmuştur. HİTSEY kapsamında kullanılan eğitim yöntemleri arasında; aktif dinleme, sunum, soru cevap, maket, gösterip yaptırma ve beyin fırtınası yer almaktadır. HİTSEY 5 uzman görüşüne sunularak kapsam geçerliliği elde edilmiştir. Değerlendirmede Lawshe kapsam geçerliliği kullanılmış ve HİTSEY'in kapsam geçerlilik indeksi 0.90 olarak bulunmuştur (Lawshe, 1975; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018).

HİTSEY'in Oturumları

Amaçlı diyalog kavramı kapsamında gerçekleştirilen 1. oturumda programın amacının açıklanması ile birlikte kadınlarla diyalogu başlatmak ve menopoz dönemi farkındalığını artırmak amaçlanmıştır. 1. oturumun bireysel derinlemesine görüşmelerinde; menopoza girmeden önce menopozun ne anlam ifade ettiği ve kelime olarak nasıl tanımlandığı, menopoz dönemine girdiğinde ilk nasıl hissettiği ve

menopozda ilk hangi rahatsızlık veren belirtileri yaşadığı sorgulanmıştır. Araştırmacı programın 2. oturumunda yer alan menopoz dönemi ünitesini, önceki oturumda anlatılan menopoz dönemi hikayeleri ile entegre bir şekilde anlatmıştır. Böylelikle kadınların konu ile ilgili eğitim alırken kendi menopoz hikayeleri ile birlikte eğitimi bütünleştirmesi ile menopoz dönemine ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalığının artırılması hedeflenmiştir.

Kendisi ile bağ kurma kavramı doğrultusunda 3. oturumda, kadınların şu anda yaşadıkları menopoz hikayelerinden yola çıkarak kendisi ile bağ kurmasını sağlamak amaçlanmıştır. Bu amaç kapsamında bireysel derinlemesine görüşmelerde; menopozda şu anda yaşadığı zorlayıcı deneyimler, bu deneyimlere yönelik düşünceler ve duygular, menopoza girdikten sonra menopoza kelime olarak nasıl tanımladığı, şu anda en çok sıkıntı yaşadığı ve önemli olan zorluklar, geçmişte menopoza verilen anlam ile şu anki anlam arasında nasıl bir değişim olduğu, menopoz sonrasında hayatı nasıl tanımladığı ve menopozdan sonra bir kadın olarak kendi hakkındaki görüşlerinde ne gibi değişiklikler olduğu sorgulanmıştır. Bu oturumda kadınların kendisi ile bağ kurmalarını sağlamak için menopoz semptomları ile ilgili geçmiş ve şimdiki yaşananları, gelecekteki umutları ve beklentilerini anlaması için Hikaye Yolu Yaklaşımı kullanılmıştır. Ayrıca bu oturumda kadınlarda menopoza ilişkin duygu, düşünce ve deneyime yönelik anlam kalıplarını bulmak için 3D (Düşünce- Duygu-Deneyim) Farkındalık Atölyesi yer almaktadır. Kendisi ile bağ kurma kavramına temellendirilen 4. oturumda yer alan postmenopozal döneme ilişkin ünite, önceki oturumda anlatılan menopoz hikayeleri ile entegre bir şekilde kadınlara anlatılmıştır. Postmenopozal kadınların konu ile ilgili eğitim alırken önceki oturumda ifade ettiği kendi menopoz hikayeleri ile birlikte eğitimi bütünleştirerek, postmenopozal döneme ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalığının artırılması amaçlanmıştır.

Kolaylaştırma kavramı kapsamında yürütülen 5. oturumda amaç, kadınların menopoz semptomlarında kullandığı baş etme yöntemleri ve etkililiğinin öğrenilmesiyle semptom yönetimini kolaylaştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda, kadınlarla yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerde; menopozda yaşanan zorluklarla nasıl başedildiği, kullanılan bu yöntemlerin etkili olup olmadığı, bu zorluklarla başederken nasıl bir desteğe gereksinim duyduğu ve hemşire olarak nasıl yardımcı olunacağı sorgulanmıştır. Kolaylaştırma kavramına dayalı geliştirilen 6.

oturumda yer alan postmenopozal dönem semptomları ile baş etme yöntemlerine ilişkin ünite, 5. oturumda anlatılan menopoz hikayeleri ile entegre bir şekilde kadınlara anlatılmıştır. Postmenopozal kadınların konu ile ilgili eğitim alırken kendi menopoz hikayeleri ile birlikte eğitimi bütünleştirerek postmenopozal dönem semptomları ile baş etme yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalığının artırılması amaçlanmıştır.

Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

HİTSEY kapsamında kadınlara verilecek eğitimlere ek olarak, eğitim bittikten sonra kendilerine hatırlatıcı olması için HİTSEY’de anlatılan tüm konuları içeren bilgilerin yer aldığı eğitim kitapçığı renkli pdf şeklinde oluşturulmuştur ve programın 1. oturumunda girişim grubundaki kadınlara, araştırma bittikten sonra ise kontrol grubundaki kadınlara online olarak iletilmiştir (Ek 6). Bu eğitim kitapçığı 2 Prof. Dr., 1 Doç. Dr. ve 2 Dr. Öğr. Üyesi hocalar tarafından incelenerek önerileri doğrultusunda son şekli verilmiş ve kapsam geçerliliği elde edilmiştir. Değerlendirmede Lawshe kapsam geçerliliği kullanılmıştır (Lawshe, 1975; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Eğitim programı kitapçığının kapsam geçerlilik indeksi 0.89 olarak bulunmuştur.

3.3. Etik Uygunluk

Araştırmanın 30.04.2021 karar tarihli 2021/363 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 7). Samsun İl Sağlık Müdürlüğü’nden Ömürevleri, Atakum, Mimar Sinan, Çobanlı ve Yenimahalle Aile Sağlığı Merkezlerin kurum izinleri alınmıştır (Ek 8). Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek 9) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek 10) kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılara çalışmanın amacı ve kişisel verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılarak sözel onam alınmıştır.

Bu araştırmanın NCT056697133 numarası ile Clinical Trials kaydı yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Bütçesi

Bu araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Proje Yönetimi Ofisi 1904 Lisansüstü Tezleri Destekleme Programı (Proje No: PYO.SBF.1904.23.002) tarafından desteklenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Nicel Bulgular

Postmenopozal kadınlara uygulanan HİTSEY'in menopozal semptomlar ve uyku kalitesine etkisine ilişkin nicel bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Araştırma kapsamında postmenopozal kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların yaş ortalaması 49.03 ± 3.45 (min 44.00-max 56.00) iken, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 49.90 ± 2.07 (min 45.00-max 56.00) olarak saptanmıştır. Kadınların beden kitle indeksi değerlendirildiğinde, deney grubunda beden kitle indeksi ortalaması 28.62 ± 5.29 (min 16.90-max 38.05) iken kontrol grubunda bu ortalama 27.71 ± 2.98 (min 21.60-max 34.60) olarak bulunmuştur. Deney grubundaki postmenopozal kadınların %97.37'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %94.79'unun evli olduğu saptanmıştır. Araştırmada deney ve kontrol grubundaki katılımcıların %31.58'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Gruplara göre çalışma durumu incelendiğinde, deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların %57.89'unun, kontrol grubunda ise %52.63'ünün çalışmadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınların %86.84'ünün sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki postmenopozal kadınların %86.84'ünün, kontrol grubundaki postmenopozal kadınların ise %76.32'sinin geliri gidere denk olarak belirlenmiştir. Araştırmada deney grubunun %91.11'i ve kontrol grubunun %89.47'si çekirdek aile tipine sahiptir. Araştırmaya katılan deney grubundaki katılımcıların %97.37'sinin, kontrol grubundaki katılımcıların ise %92.11'inin ailesi ile yaşadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarında yer alan postmenopozal kadınların %73.68'inin ilde yaşadığı bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarına göre postmenopozal kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Deney Grubu (n=38)		Kontrol Grubu (n=38)		İstatistik	p
	X±SS	Ortanca (Min-Max)	X±SS	Ortanca (Min-Max)		
Yaş	49.03±3.45	49.00 (44.00-56.00)	49.9 ±2.07	50.00 (45.00-56.00)	566.000*	0.101
Beden kitle indeksi	28.62±5.29	28.43 (16.90-38.05)	27.71±2.98	27.95 (21.60-34.60)	0.923**	0.360
	n	%	n	%	İstatistik	p
Medeni durum						
Evli	37	97.37	36	94.74	-	1.000***
Bekar	1	2.63	2	5.26		
Eğitim durumu						
İlköğretim	12	31.58	10	26.32	0.325	0.955****
Ortaöğretim	5	13.16	6	15.78		
Lise	9	23.68	10	26.32		
Üniversite	12	31.58	12	31.58		
Çalışma durumu						
Evet	16	42.11	18	47.37	0.053	0.818*****
Hayır	22	57.89	20	52.63		
Sosyal güvence durumu						
Var	33	86.84	33	86.84	0.000	1.000***
Yok	5	13.16	5	13.16		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	3	7.89	5	13.16	1.425	0.490****
Gelir gidere denk	33	86.84	29	76.32		
Gelir giderden fazla	2	5.26	4	10.53		
Aile tipi						
Çekirdek aile	35	92.11	34	89.47	-	1.000***
Geniş aile	3	7.89	4	10.53		
Kiminle beraber yaşadığı						
Aile	37	97.37	35	92.11	-	0.615***
Yalnız	1	2.63	3	7.89		
Yaşanılan yer						
İl	28	73.68	28	73.68	0.267	0.875****
İlçe	7	18.43	8	21.06		
Köy	3	7.89	2	5.26		

*Mann Whitney U testi, **Bağımsız örnekler t testi, ***Fisher's Exact testi, **** Ki-kare testi, ***** Yates düzeltmesi

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların sağlığına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Deney Grubu (n=38)		Kontrol Grubu (n=38)		İstatistik	p
	n	%	n	%		
Düzenli fiziksel aktivite						
Evet	4	10.53	2	5.26	0.800	0.670*
Hayır	20	52.63	20	52.63		
Kısmen	14	36.84	16	42.11		
Yeterli ve dengeli beslenme						
Evet	6	15.79	10	26.32	2.079	0.354*
Hayır	8	21.05	10	26.32		
Kısmen	24	63.16	18	47.36		
Kronik hastalık varlığı						
Var	6	15.79	7	18.42	0.000	1.000**
Yok	32	84.21	31	81.58		
Sigara kullanma durumu						
Evet	14	36.84	9	23.68	0.998	0.318**
Hayır	24	63.16	29	76.32		
Uyku sorunu yaşama durumu						
Evet	31	81.58	28	73.68	3.152	0.207*
Hayır	0	0.00	3	7.89		
Kısmen	7	18.42	7	18.43		

*Ki-kare testi, **Yates düzeltmesi

Postmenopozal kadınların sağlığına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grubundaki kadınların %52.63'ünün düzenli fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. Araştırmada deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların %63.12'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %47.36'sının kısmen yeterli ve dengeli beslendiği saptanmıştır. Gruplara göre kronik hastalık varlığı incelendiğinde, deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların %84.21'inin, kontrol grubunda ise %81.58'inin kronik hastalığının olmadığı bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların %63.16'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %76.32'sinin sigara kullanmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan postmenopozal kadınların uyku sorunu yaşama durumları incelendiğinde deney grubunun %81.58'inin, kontrol grubunun ise %73.68'inin uyku sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına göre postmenopozal kadınların sağlığına ilişkin özelliklerinin dağılımı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Deney Grubu (n=38)		Kontrol Grubu (n=38)		İstatistik	p
	X±SS	Ortanca (Min-Max)	X±SS	Ortanca (Min-Max)		
Sıcak basması süresi (yıl)	2.49±1.02	2.00 (1.00-4.00)	2.24±1.06	2.00 (1.00-4.00)	618.000*	0.261
	n	%	n	%	İstatistik	p
Menopoza yönelik doktora gitme durumu						
Evet	18	47.37	17	44.74	0.000	1.000**
Hayır	20	52.63	21	55.26		
Menopoza yönelik eğitim alma durumu						
Evet	0	0.00	0	0.00	-	-
Hayır	38	100.00	38	100.00		

*Mann Whitney U testi, **Yates düzeltmesi

Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, deney grubunda yer alan kadınların sıcak basması süresi ortalaması 2.49±1.02 (min 1.00-max 4.00) yıl, kontrol grubunda ise 2.24±1.06 (min 1.00-max 4.00) yıl olarak bulunmuştur. Postmenopozal kadınların menopoza yönelik doktora gitmeme durumları deney grubunda %52.63 iken, kontrol grubunda %55.26 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınların %100'ünün menopoza yönelik eğitim almadığı belirlenmiştir. Bu araştırmada deney ve kontrol gruplarına göre postmenopozal kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.3).

Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test 1 ve son test 2) dağılımları incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarına göre somatik şikayetler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır (p<0.001). Deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların girişim sonrasında somatik şikayetler puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test 1 ve son test 2) dağılımları

Değişkenler	Zaman	Deney Grubu (n=38)	Kontrol Grubu (n=38)	İstatistik	p
		X±SS	X±SS		
Somatik şikayetler	Ön test	8.18±3.13A	7.84±2.48A	17.250*	<0.001
	Son test 1	5.00±2.58B	7.95±2.39A		
	Son test 2	3.74±2.26B	8.11±2.28A		
Psikolojik şikayetler	Ön test	9.53±3.70A	7.87±2.87A	30.610*	<0.001
	Son test 1	5.26±2.84B	8.05±2.81A		
	Son test 2	2.74±2.01C	8.26±2.65A		
Ürogenital şikayetler	Ön test	5.18±2.60A	4.58±2.71A	11.440*	<0.001
	Son test 1	2.92±2.07B	4.61±2.70A		
	Son test 2	1.63±1.79B	4.76±2.55A		
MSDÖ toplam puan	Ön test	22.89±7.62A	20.29±6.79A	28.320*	<0.001
	Son test 1	13.18±6.16B	20.61±6.69A		
	Son test 2	8.11±5.17C	21.13±6.23A		

*F: Varyans analizi. A-C: Aynı harfe sahip zamanlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırma kapsamında kadınların deney ve kontrol gruplarına göre psikolojik şikayetler puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney ve kontrol gruplarına göre psikolojik şikayetler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların girişim sonrasında psikolojik şikayetler puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Deney grubu psikolojik şikayetler son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.4).

Postmenopozal kadınların girişim öncesi ve sonrası ürogenital şikayetler puan ortalamaları incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarına göre ürogenital şikayetler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında ürogenital şikayetler puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan kadınların deney ve kontrol gruplarına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney ve kontrol gruplarına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$).

Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında MSDÖ toplam puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Deney grubu MSDÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test 1 ve son test 2) dağılımları

Değişkenler	Zaman	Deney Grubu (n=38)	Kontrol Grubu (n=38)	İstatistik	p
		X±SS	X±SS		
Bileşen 1	Ön test	1.71±0.90A	1.68±0.81A	10.870*	<0.001
	Son test 1	1.00±0.81B	1.76±0.79A		
	Son test 2	0.71±0.61B	1.84±0.75A		
Bileşen 2	Ön test	2.13±0.88A	2.03±0.85A	10.190*	<0.001
	Son test 1	1.42±0.83B	2.05±0.87A		
	Son test 2	1.00±0.70B	2.11±0.86A		
Bileşen 3	Ön test	1.03±0.75	1.08±1.05	2.800*	0.063
	Son test 1	0.66±0.71	1.16±1.03		
	Son test 2	0.45±0.55	1.16±1.03		
Bileşen 4	Ön test	0.42±0.89	0.61±1.05	1.518*	0.475
	Son test 1	0.47±0.83	0.68±1.12		
	Son test 2	0.13±0.41	0.68±1.09		
Bileşen 5	Ön test	2.11±0.69A	2.16±0.64A	18.050*	<0.001
	Son test 1	1.50±0.56B	2.18±0.61A		
	Son test 2	1.03±0.37C	2.21±0.58A		
Bileşen 6	Ön test	0.00±0.00	0.00±0.00	-	-
	Son test 1	0.00±0.00	0.00±0.00		
	Son test 2	0.00±0.00	0.00±0.00		
Bileşen 7	Ön test	1.58±1.15A	1.18±1.09AB	10.400*	<0.001
	Son test 1	0.71±0.73BC	1.24±1.08AB		
	Son test 2	0.32±0.53C	1.32±1.02AB		
PUKİ toplam puan	Ön test	8.97±2.69A	8.74±3.45A	19.670*	<0.001
	Son test 1	5.76±2.68B	9.08±3.38A		
	Son test 2	3.63±1.84C	9.32±3.23A		

*F: Varyans analizi. A-C: Aynı harfe sahip zamanlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test 1 ve son test 2) dağılımları incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarına göre bileşen 1 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların girişim sonrası bileşen 1 puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.5).

Deney ve kontrol gruplarına göre bileşen 2 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrası bileşen 2 puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Araştırmaya katılan postmenopozal kadınların deney ve kontrol gruplarına göre bileşen 5 puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney ve kontrol gruplarına göre bileşen 5 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında bileşen 5 puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Deney grubu bileşen 5 puan ortalamaları değerlendirildiğinde, son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 4.5).

Postmenopozal kadınların deney ve kontrol gruplarına göre bileşen 7 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında bileşen 7 puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük belirlenmiştir. Deney grubu bileşen 7 puan ortalamaları değerlendirildiğinde, son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 4.5).

Araştırmada deney ve kontrol gruplarına göre PUKİ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında PUKİ toplam puan ortalamaları (son test 1, son test 2) kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Deney grubu PUKİ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde saptanmıştır. (Tablo 4.5).

Deney ve kontrol grubundaki postmenopozal kadınların PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test 1 ve son test 2) dağılımları değerlendirildiğinde, postmenopozal kadınların deney ve

kontrol gruplarına göre bileşen 3, bileşen 4 ve bileşen 6 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman faktörleri açısından etkileşimi

Değişkenler	Faktörler	partial η^2 *	Düzeltilmiş R^2	İstatistik	p
Somatik şikayetler	Grup	0.177	%31.7	47.900**	<0.001
	Zaman	0.111		13.890**	<0.001
	Grup*zaman	0.135		17.250**	<0.001
Psikolojik şikayetler	Grup	0.134	%38.1	34.400**	<0.001
	Zaman	0.180		24.400**	<0.001
	Grup*zaman	0.216		30.610**	<0.001
Ürogenital şikayetler	Grup	0.079	%19.8	19.050**	<0.001
	Zaman	0.079		9.470**	<0.001
	Grup*zaman	0.093		11.440**	<0.001
MSDÖ toplam puan	Grup	0.177	%39.0	47.910**	<0.001
	Zaman	0.171		22.840**	<0.001
	Grup*zaman	0.203		28.320**	<0.001

*Kısmi eta kare. ** F: Varyans analizi

Araştırmada grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi faktörlerinin MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının üzerindeki etkisi incelendiğinde, somatik şikayetler puan ortalamasında en fazla grup faktörü, psikolojik şikayetler, ürogenital şikayetler ve MSDÖ toplam puan ortalamalarında ise en fazla grup*zaman etkileşimi faktörünün etkisi bulunmuştur ($p<0.001$). Grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi faktörleri somatik şikayetler puan ortalamasının %31.7'sini, psikolojik şikayetler puan ortalamasının %38.1'ini, ürogenital şikayetler puan ortalamasının %19.8'ini ve MSDÖ toplam puan ortalamasının %39.0'ını açıklamaktadır ($p<0.001$) (Tablo 4.6).

Araştırma kapsamında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi faktörlerinin PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamaları üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, bileşen 1, bileşen 2, bileşen 3, bileşen 5 puan ortalamaları ve PUKİ toplam puan ortalamasında en fazla grup faktörü, bileşen 7 puan ortalamasında ise en fazla grup*zaman etkileşimi faktörünün etkisi saptanmıştır ($p<0.001$). Grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi faktörleri bileşen 1 puan ortalamasının %22.2'sini, bileşen 2 puan ortalamasının %19.6'sını, bileşen 3 puan ortalamasının %7,0'ını, bileşen 5 puan ortalamasının %36.4'ünü, bileşen 7 puan ortalamasının %14.6'sını ve PUKİ toplam puan ortalamasının %33.9'unu açıklamaktadır ($p<0.001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman faktörleri açısından etkileşimi

Değişkenler	Faktörler	partial η^2 *	Düzeltilmiş R^2	İstatistik	p
Bileşen 1	Grup	0.140	%22.2	36.150*	<0.001
	Zaman	0.051		5.970*	0.003
	Grup*zaman	0.089		10.870*	<0.001
Bileşen 2	Grup	0.099	%19.6	24.300*	<0.001
	Zaman	0.066		7.810*	0.001
	Grup*zaman	0.084		10.190*	<0.001
Bileşen 3	Grup	0.056	%7.0	13.210*	<0.001
	Zaman	0.014		1.570*	0.211
	Grup*zaman	0.025		2.800*	0.063
Bileşen 5	Grup	0.237	%36.4	69.060*	<0.001
	Zaman	0.118		14.860*	<0.001
	Grup*zaman	0.140		18.050*	<0.001
Bileşen 7	Grup	0.038	%14.6	8.820*	0.003
	Zaman	0.060		7.050*	0.001
	Grup*zaman	0.086		10.400*	<0.001
PUKİ toplam puan	Grup	0.203	%33.9	56.680*	<0.001
	Zaman	0.103		12.730*	<0.001
	Grup*zaman	0.151		19.670*	<0.001

*Kısmi eta kare. ** F: Varyans analizi

Tablo 4.8. Deney ve kontrol gruplarına göre MSDÖ ve PUKİ ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişki

Grup		Somatik şikayetler		Psikolojik şikayetler		Ürogenital şikayetler		MSDÖ Toplam Puan	
		r	p	r	p	r	p	r	p
Deney Grubu	Bileşen 1*	0.706	<0.001	0.465	0.003	0.542	<0.001	0.678	<0.001
	Bileşen 2*	0.257	0.119	0.039	0.818	0.216	0.192	0.203	0.223
	Bileşen 3*	0.204	0.219	0.327	0.045	0.143	0.392	0.266	0.107
	Bileşen 4**	0.351	0.031	0.083	0.619	0.207	0.213	0.360	0.027
	Bileşen 5*	0.465	0.003	0.487	0.002	0.303	0.064	0.498	0.001
	Bileşen 7*	0.504	0.001	0.491	0.002	0.500	0.001	0.585	<0.001
	PUKİ Toplam Puan *	0.704	<0.001	0.500	0.001	0.541	<0.001	0.691	<0.001
Kontrol Grubu	Bileşen 1*	0.530	0.001	0.427	0.007	0.359	0.027	0.522	0.001
	Bileşen 2*	0.421	0.009	0.189	0.257	0.318	0.051	0.364	0.025
	Bileşen 3*	0.351	0.031	0.233	0.160	0.118	0.481	0.275	0.094
	Bileşen 4**	0.090	0.592	0.029	0.860	-0.057	0.736	0.022	0.895
	Bileşen 5*	0.539	<0.001	0.440	0.006	0.310	0.058	0.511	0.001
	Bileşen 7*	0.312	0.056	0.310	0.058	0.363	0.025	0.395	0.014
	PUKİ Toplam Puan *	0.573	<0.001	0.410	0.011	0.357	0.028	0.530	0.001

*Pearson korelasyon katsayısı. **Spearman's rho korelasyon katsayısı

Deney grubu MSDÖ ve PUKİ ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, somatik şikayetler ile bileşen 1, bileşen 4, bileşen 5, bileşen 7 ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur

($p<0.05$). Psikolojik şikayetler alt boyutu ile bileşen 1, bileşen 3, bileşen 5, bileşen 7 ve PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ürogenital şikayetler ile bileşen 1, bileşen 7 ve PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). MSDÖ toplam puanı ile bileşen 1, bileşen 4, bileşen 5, bileşen 7 ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Deney grubu MSDÖ VE PUKİ ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, somatik şikayetler ile bileşen 2 ve bileşen 3, psikolojik şikayetler ile bileşen 2 ve bileşen 4, ürogenital şikayetler ile bileşen 2, bileşen 3, bileşen 4 ve bileşen 5, MSDÖ toplam puanı ile bileşen 2 ve bileşen 3 arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Kontrol grubu MSDÖ ve PUKİ ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, somatik şikayetler ile bileşen 1, bileşen 2, bileşen 3, bileşen 5 ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Psikolojik şikayetler alt boyutu ile bileşen 1, bileşen 3, bileşen 5, bileşen 7 ve PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ürogenital şikayetler ile bileşen 1, bileşen 7 ve PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). MSDÖ toplam puanı ile bileşen 1, bileşen 2, bileşen 5, bileşen 7 ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Kontrol grubu MSDÖ VE PUKİ ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, somatik şikayetler ile bileşen 4 ve bileşen 7, psikolojik şikayetler ile bileşen 2, bileşen 3, bileşen 4 ve bileşen 7, ürogenital şikayetler ile bileşen 2, bileşen 3, bileşen 4 ve bileşen 5, MSDÖ toplam puanı ile bileşen 3 ve bileşen 4 arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

4.2. Nitel Bulgular

Postmenopozal kadınlarla Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı 1., 3. ve 5. oturumlarında gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilen nitel bulgular bu bölümde yer almaktadır. Bu kapsamda 6 tema ve alt temalar Hikaye Teorisine dayalı olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 4.9).

Amaçlı diyalog kavramı kapsamında, menopoza ilişkin düşünceler teması altında menopoz öncesi düşünceler ve menopoz sonrası düşünceler başlıklı 2 alt tema

yer almaktadır. Kendisi ile bağ kurma kavramına ilişkin menopoza döneminde yaşanan semptomlar, menopoza kadınlık algısı ve menopoza günlük yaşama etkisi temaları ortaya çıkmıştır. Menopoza döneminde yaşanan semptomlar teması vazomotor semptomlar, uyku problemleri, psikolojik problemler, cinsel problemler, üriner semptomlar, cilt problemleri ve kilo alma olmak üzere 7 alt temadan oluşmaktadır. Menopoza günlük yaşama etkisi teması altında ise aile dinamiklerine etkisi ve sosyal çevreye etkisi başlıklı 2 alt tema bulunmaktadır. Kolaylaştırma kavramına yönelik menopoza başatma ve menopoza beklentiler temaları belirlenmiştir. Menopoza başatma teması kapsamında yaşam tarzı değişikliği, serinletici uygulamalar, meşguliyet, spirütuel uygulamalar, benzer deneyim yaşayanlarla iletişim ve olumlu düşünme olmak üzere 6 alt tema yer almaktadır. Menopoza beklentiler teması ise empati ve hemşireden beklentiler başlıklı 2 alt temadan oluşmaktadır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hikaye Teorisi kavramlarına dayalı sınıflandırılan temalar ve alt temalar

Amaçlı Diyalog	Kendisi ile Bağ Kurma	Kolaylaştırma
Menopoza İlişkin Düşünceler	Menopoza Döneminde Yaşanan Semptomlar	Menopoza Başatma
Menopoza Öncesi Düşünceler	Vazomotor Semptomlar	Yaşam Tarzı Değişikliği
Menopoza Sonrası Düşünceler	Uyku Problemleri	Serinletici Uygulamalar
	Psikolojik Problemler	Meşguliyet
	Cinsel Problemler	Spirütuel Uygulamalar
	Üriner Semptomlar	Benzer Deneyim Yaşayanlarla İletişim
	Cilt Problemleri	Olumlu Düşünme
	Kilo Alma	
	Menopoza Kadınlık Algısı	Menopoza Beklentiler
	Menopoza Günlük Yaşama Etkisi	Empati
	Aile Dinamiklerine Etkisi	Hemşireden Beklentiler
	Sosyal Çevreye Etkisi	

Menopoza İlişkin Düşünceler

Menopoza ilişkin düşünceler teması postmenopozal kadınların menopoza öncesi ve menopoza sonrası menopoza yönelik düşüncelerini içermektedir. Bu tema menopoza öncesi düşünceler ve menopoza sonrası düşünceler olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır.

Menopoza Öncesi Düşünceler

Menopoz öncesi düşünceler alt teması araştırmaya katılan postmenopozal kadınların menopoza girmeden önce menopoza yönelik olumlu ya da olumsuz düşüncelerini ifade etmektedir.

“Sağlıklı olduğum için hormonların azaldığı, tükendiği, doğurganlığın son bulduğu, kadınlık özelliklerinin azaldığı bir durum, bir süreç olarak değerlendiriyordum. Yani bir nevi bana göre gençliğin elden gitmesi gibi algılıyordum. Hormonlar bitiyor, doğurganlık yok, hormon azlığına bağlı olarak cinsellik sorunları ortaya çıkabiliyor, yaşlanma hızlanıyor bana göre menopoz bir gerileme devri gibiydi.” (K5)

“Yani annemden bildiğim kadarıyla öyle hani yoksunluk oluyor diye düşünüyorum. İnsan yani ne diyeyim çoğu şeyden yoksun kalacakmış gibi geliyor. Yani işte her türlü işte kendini yaşlı hissetme, gitgide şu olma bu olma, kilo alma öyle yani.” (K32)

“Acaba gerginlik nasıl bir şey, komşumuz vardı çok sinirleniyordu, çok geriliyordu, çok ateş basıyor, terleme basıyor diyordu, onu çok merak ediyordum. Merak ettiğim bir süreçti, komşularımız adet olmak için doktora gidiyorlardı. Ben kesinlikle menopoza girdiğimde doktora başvurmazdım diye düşünüyordum. Kendi doktorum kendim olurum diye düşünüyordum. Olması gereken bir süreç olarak tanımlıyordum.” (K28)

“Temizlik rahatlık diye düşünüyordum. Her ay, her ay yorucu oluyor bence, temizlik rahatlık oluyor diye düşünüyorum.” (K19)

“Annemden gördüğüm o ateş basmaları, annem kışın karın içine ayaklarını sokardı, ben parmaklarımın ucunu bile köyde suya değdiremezken annemin o suyu hiç hissetmiyorum, çok iyi demesi. Annemin buzdolabına girdiğini biliyorum bir iki dakika buzdolabına kafasına soktuğunu bilirim, teyzelerimin hepsi de öyle.” (K8)

“Benim için eskiden sadece bir adetten kesilme, ateşti, işte gelip geçici, eskiden çok hafif düzeyde düşünüyordum. Dönemsel nasıl adet dönemindeki gibi işte üç günlük sıkıntı gibi, adet olmadığın dönemde de o üç günlük böyle bir ateş basması olup gidecekmiş gibi.” (K1)

“Menopoz aslında bir kadının sağlığında eksilme olarak düşünürdüm hep, eksik kadın galiba.” (K7)

“Ay bitse de, adetim bitse de rahatlasam diyordum, menopozda vücudum daha rahatlayacak zannediyordum. Hani o adet benim için bir külfetti, sanki öyle geliyordu bitse de rahatlasam. Namazımı kesiyordu benim, bir yere gidemiyordum, ondan sonra yüzmeye gideceksem yüzmeye gidemiyordum. O bir haftayı bayağı kesiyordu, beni engelliyordu o şekilde düşünüyordum ben o zaman.” (K29)

Menopoz Sonrası Düşünceler

Menopoz sonrası düşünceler alt teması postmenopozal kadınların menopoza girdikten sonra menopoza ilişkin olumlu ya da olumsuz düşüncelerini içermektedir.

“Menopozu ben bir öcü gibi gördüm yani ben böyle düşünüyorum, öcü gibi yani. Yaşayan bilir yani diyorum ya, önceden hiç böyle bir şey bilmiyorduk. Tamam annelerimizden duyuyorduk ateş basması falan ama aklımızın ucundan falan bile geçirmezdik bizde de böyle olacak falan ama olunca insan anlıyor gerçekten.” (K2)

“Keşke her ay olsaydım da bunları yaşamasaydım, bir damla adete muhtaç kaldım şimdi.” (K20)

“Felaket. Menopoz beni yerden yere vurdu. Damdan düşenin halini damdan düşen anlar menopozu yaşamayan menopozu anlayamaz bence. Ha şöyle de bir şey var çevremde, bazı insanlar diyor ki benim annem de girdi menopoza hiçbir şey yaşamadı işte her bünye aynı değilki, yaşayan bilir. Öncesi daha güzeldi tabiki, hayatım menopoz sonrası benim için yok tamamen bir yıkım. Menopoz sanki bir ateş çukuru, yani o çukurdayım, ateş dolu ve ben bir türlü yukarı çıkıp atlayamıyorum.” (K38)

“Hayatta bir zirveye çıkıyorsunuz sonra zirveden aşağıya doğru tekrar iniyorsunuz. Doğduğunuzda en diptesiniz, zirveye doğru çıktınız sonra tekrar iniveriyorsunuz ya, menopoz o zirve işte benim için. Doğuyorsunuz, çocuk oluyorsunuz, genç oluyorsunuz, yetişkin oluyorsunuz işte yetişkinliğin sonu yaşlılığın başlangıcı olarak düşünüyorum ben, zirveden aşağıya inişe başladım gibi.” (K30)

“Kaos tam bir kaos. İnsanın bütün hayatını, şaftını kaydırıyor. Ne oluyor ne bitiyor, bir anda bir gidip geliyorsunuz sanki.” (K3)

“Nasıl dayanmışlar diyorum önceki bayanlara, annemiz, teyzemiz nasıl dayanmış diyorum. Bu kadar zor muymuş diyorum. Bu kadar ağır mı geçiyormuş diyorum, çok çok şiddetli. Eskinin insanları nasıl dayanıyormuş, ben mi böyleyim

acaba diyorum. Sadece bakıyorum arkadaşlarıma falan hep öyle geçiyor diyorlar.”(K15)

“Geçmişte çok basite alıyordum şimdi basite alınacak bir olay olmadığını görmüş oldum. Bir ay süresince 7 günlük bir adet sürecinin olmayacağını düşünüp çok basite alıyordum. Hatta ne güzel diyordum o sıkıntılarla uğraşmayacağız. Ama o kadar farklı bir boyutmuş ki yani bayağı yoran bir dönem. Kazın ayağı öyle değilmiş, öyle derler ya ben farklı gördüm, çok meşakkatli bir şey, zahmetli bir dönemmiş.” (K11)

“Ama işte menopoza o kadar çok yoruyor ki işte onun keyfini bile yaşayamıyorsun. Adetliken namaz kılamıyorsunuz diye üzüliyorsunuz ya. Ama şimdi kılabilirsiniz, ama şimdi bu sıkıntılar, onun keyfini yaşamınıza engel oluyor.” (K6)

“Hayatımı mahveden bir şey. Beni bitirmiş durumda yani. Patlamaya hazır dağ gerçekten de öyle her haliyle. Menopoz benim için eşittir dünyadaki cehennem yani.” (K31)

“Düşünüyorum yaşlandığımı yani, menopoz sanki sen yaşıldın diyor artık bana fiziksel anlamda. Fiziksel anlamda yaşlandığımı söylüyor ya da bir şey hissediyorsun öyle ruhen daha canlı, hoş bir şey hissediyorsun ama menopoz sana diyor ki sen bunu hissetme yaşında değilsin bunu hissedecek fiziksel etkinliğinde yok diyor.” (K23)

“Çok da takıldığım bir konu yok aslında. Benim hayatımda çok da bir değişiklik olmadı aslında rahatlama oldu. Hamilelik korkusu gitti yeni bir çocuk sahibi olmak belki benim için istemeyen bir gebelikten korunmak. Onun verdiği bir rahatlıkta oldu.” (K10)

“Adet olmamak beni rahatlattı, önceden riya takılıydı çünkü ve çok kanamam oluyordu uzun sürüyordu, menopozla birlikte ondan kurtuldum. Oruçlarım kesilmiyor, borcum var demiyorum artık, olumlu olarak hayatımı bu şekilde etkiledi.” (K4)

Menopoz Döneminde Yaşanan Semptomlar

Menopoz döneminde yaşanan semptomlar teması kadınların menopoza girdikten sonra yaşadıkları semptomları içermektedir. Menopoz döneminde yaşanan

semptomlar teması kapsamında vazomotor semptomlar, uyku problemleri, psikolojik problemler, cinsel problemler, üriner semptomlar, cilt problemleri ve kilo alma olmak üzere 7 alt tema yer almaktadır.

Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar alt teması, menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı sıcak basması, gece terlemesi, yüzde kızarıklık, çarpıntı, üşüme, nefes darlığına ilişkin vazomotor semptomları içeren ifadeleri kapsamaktadır.

“Ateşlenmem, o ateşlendiğim anda o beynimin sıkışması, kalbimin güm güm boğazımda atması, dünyanın üzerime yıkılması. Yani ister istemez şeye giriyorsunuz, o anda dünya yıkılmış altında sen kalıyorsun tek açıklayacağım şey bu. O ter bir çıkıyor ama öldürdükten sonra gidiyor.” (K9)

“Neye uğradığımı şaşırdım açıkçası kalbim çarpıyor, ateşim yükseliyor, sıcak basmaları oluyor. Ateş basmaları beşer dakika sürüyordu ve çok uzun süreydi, sonra 3 dakikaya düştü, aşırı bir ateş basması, kalp çarpıntısı ve peşinden de titreme, ter boşalıyor. Etrafımdakiler bu nasıl bir şey Allah yardımcın olsun diyordu yanıyorsun, değişiyorsun kıyafetini. Bir terliyorum bir üşüyorum bebek gibi oluyorsunuz yani işin açıkçası.” (K12)

“Yoğun bir yanma, o yanma nedeniyle herkesin üşüdüğü ortamlarda bile atletsiz gezmeye başladım, o da beni hasta etti ilk önce. Bağırsak enfeksiyonuna yakalandım sonra mide gastrit, ülser çıktı üşütmeye bağlı. O kadar çok hasta olmaya başladım ki. Soğukta sen nasıl böyle dolaşabiliyorsun diyordu çevredekiler ve ben algılayamıyordum, bu sebepten dolayı evim bir ilaç şeyine döndü. Bu soğuk beni hasta etti, hala da yanıyorum hiç değişen bir şey yok.” (K25)

“Daha önce hiç yaşamadığım kadar bir terleme, bir anda gelen ateş basması ile birlikte yanıyormuş gibi hisli bir terleme. Ben çok terleyen bir insan değildim bir kere. Bunlar çok sıkıntı verdi. Çok üşüyorum ve üşümem çok kolaylaştı, daha öncesinde böyle değildim menopoz öncesinde böyle değildi yani. Bana birisi sorsa ki en çok ateş basması mı üşüme mi deseniz evet üşüme derim, çünkü gerekli gereksiz üşüme konusunda hassasiyetim olduğunu düşünüyorum, zor ısınıyorum.” (K13)

“İlk olarak böyle kulaklarımda bir yanma sonra sıcak basması, terleme böyle bir sanki beni boğuyorlarmış gibi, serin bir şey olsa da soğuk su olsa da rahatlasam. Nefesim daralıyordu o kadar çok, sırtınızı sobaya verirsiniz de hani sıcak olduğunda

serinlemek istersiniz ya aynı o duyguları hissettim aşırı derecede sıcak basması yani.” (K17)

“Eskiden sıcaklığı severdim şimdi soğuğu seviyorum. Sıcak basmaları vallahi tahmini bir dakika falan sürüyor, beyinden gelen böyle yukarıdan aşağı omurilikten kaynar su dökmüş gibi şey oluyor. Ondan sonra geçiyor ve bunun dışında da sürekli bir sıcaklık var vücudunuzda. Vücut ısını normalin üzerine çıkmış gibi hissediyorsunuz.” (K14)

“Gerçekten insanı, insan demeyeyim de beni çok yoruyor, terlemek çok yoruyor bedenimi, o kadar yoruyor ki beni, ter gözlerimin üstünden şıp şıp şıp şıp akıyor sürekli bir ter, sürekli bir sıcak, vücudum işte beni çok yoruyor, beden çok yoruyor.” (K21)

“Okula gidiyorum sınıfa giriyorum tam çocuklara ders anlatırken yüzüm kıpkırmızı oluyor, ateş basıyor ne tarafa gideceğimi şaşırtıyorum. Müdür bey ile konuşurken birdenbire bir geliyor ter su içinde kalıyorum. Adam bana bir şey söylemeye çalışıyor ben kendi derdimi düşünüyorum.” (K16)

“Çok ateş, çok ateş, ateş, ateş, ateş, ateş, ateş. Son 6 aydır da bir acayip ateş, bir geldi miydi yani sırtımdan alev atıyor yüzüme doğru, ilkin yüzüme geliyor sonra saçımın ucundan damlıyor terler yani. Terleme, ateş basması bunları çok sık yaşıyorum.” (K28)

Uyku Problemleri

Uyku problemleri alt teması kadınların menopozda yaşadığı uykuya dalmakta zorlanma, kalitesiz uyku, uyku düzensizlikleri, delik delik bir uyku, uyuyamama, sürekli uyku hali gibi uyku problemlerine ilişkin ifadelerini içermektedir.

“Uyku problemlerim arttı, uykuya dalmakta zorlanıyorum, çalışan birisi olduğum için erken kalkmak durumundayım, kalitesiz bir uykum var, böyle delik delik bir uyku oluyor benim için.” (K18)

“Uyku düzensizlikleri oluyor mesela bir zaman oluyor saat 11.00’da yatıyorum, sabah 07.00’da 08.00’da kalkıyorum. Bir zaman oluyor gece 02.00’a kadar oturmuş olsam bile erken uyanıyorum, dönem dönem oluyor. Bazen oluyor uykuya dalamıyorum yarım saat bir saat dönüyorum, dönüyorum bazen de oluyor kafamı koyduğum gibi yatıyorum dönem dönem oluyor yani.” (K22)

“Uyuyamama seni ciddi anlamda rahatsız eden uykuya dalamama, uyumama isteği gün boyu, gece boyu yani uyumayabilirim öyle bir şeyim var uyumaktan kaçıyorum öyle söyleyebilirim yani.” (K33)

“Çok uyku hali var inanılmaz uyku hali var, en belirgin en baş gösteren hal uyku, sürekli uyumak istiyorum, bunun onunla alakası var mı bilmiyorum ama menopoza sonrasında bu durum oldu, önceden böyle değildim.” (K26)

“Sabah erken kalkayım dersim var deliksiz bir uyku uyuyayım diyorum bir de bakıyorum ki hiç uyku uyuyamamışım her yarım saatte birisi sizi kaldırıyor.” (K24)

Psikolojik Problemler

Psikolojik problemler alt teması kadınların menopoza döneminde yaşadığı psikolojik sorunlara yönelik ifadeleri kapsamaktadır. Postmenopozal kadınlar psikolojik problemleri; psikolojiyi yerden yere vurma, dışarı çıkmak istememe, saldırganlık, işe yaramazlık, kalitede düşme, herşeyden nem kapma, sinirlenecek bahane arama, herşeyden alınma, üzülmeye ve rahatsız olma, hiçbirşeyin anlamının, öneminin ve değerinin olmaması, sürekli ağlama durumu, ağlama krizleri, öfke, bağırma, çağırma, kavgacılık, eve karşı isyan, sürekli bir şikayet hali, memnuniyetsizlik, mutsuzluk, geleceğe umutla bakamama, çöküntü, karamsarlık, gerginlik, bunalım, duygusallık, içe kapanma, küçük birşeyi büyütüp sorun haline getirme, ruhsal bir çöküş, suçluluk, pişmanlık, kaygı, ruhun daralması, konuşmama, yemek yeme isteğinde değişiklik, önceden severek yapılan şeylerde azalma olarak ifade etmiştir.

“Kadının psikolojisini yerden yere vuran bütün hayatını alt üst eden bir şey olduğunu gördüm.” (K27)

“Hiç dışarı çıkmak bile istemiyorum. Evdeyken biraz da saldırgan oluyordum, çocuklar bana sarılmak isterdi çocuklarımı iterdim yani bazen niye itiyorsun diye sorarlardı ama yani söylemek de istemiyordum o süreçte öyle zorluklarım oldu yani benim.” (K34)

“Kalitesi düşmüş biriyim herhalde, işe yaramaz biriyim gibi doğurganlık falan da kalmıyor ya.” (K37)

“Her şeyden nem kapmak, buluttan nem kapma olayı var ya, sinirlenecek bahane arıyorsunuz. Bugün ne için kavgaya etsem diye düşünüyorsunuz. Eskiden

insanlar niye bu kadar kavgacı, rahatsız olur diye düşünürdüm, komik gelirdi. Ama insan yaşayarak görüyor yani. İşte her şeyden alınıyorum, her şeye üzüliyorum, her şeyden rahatsız oluyorum. Önceden çok beğendiğim, çok değer verdiğim şeyler, bir anda önemini kaybetti hiçbir şeyin anlamı yokmuş gibi, önemsizmiş gibi, değersizmiş gibi hissediyorum. Bu da rahatsız ediyor tabi beni.” (K15)

“Bunun dışında ağlama durumu sürekli, her şeye ağlama, sinirlenme, üzülmeye, bağırma çağırma, kavgacılık. Sürekli bir eve karşı isyan var, niye böyle yaptınız, niye öyle yaptınız diye sürekli bir şikayet hali, memnuniyetsizlik daha doğrusu. Her şeyden bir memnuniyetsizlik var, ağlama krizleri geçmiyor. O öfke müthiş bir öfke oluştu bende, her şeye karşı öfkeliyim. Gözünün üstünde kaş var, niye kaşın var öyle bir duruma düştüm.” (K19)

“Çok mutsuzdum, geleceğe umutla bakamıyordum yani böyle çöküntü içerisindeydim sanki düzelmeyecekmiş gibiydi hep hayatım, bu ateş basması ile geçecek gibi düşünüyordum bu süreci. Ben böyle ölene kadar geçirecekmişim gibi düşünüyordum bunun için aşırı mutsuzdum yani karamsar bakıyordum.” (K35)

“Fazla gergindim, aşırı sinirli, kontrol edilemez düzeyde her şeye sinirlenebiliyordum, kontrol edemiyordum kendimi bu beni çok rahatsız etmişti. Normalde çünkü pozitif olarak bilirim kendimi hayattan zevk almaya çalışan bir yapım olduğunu düşünürken bu tamamen zıttına döndü diyebilirim size.” (K24)

“Böyle bunalım geçiriyordum, böyle hemen bir yerden geldim mi, üstümü yırtıp atasım geliyordu. Evde çocuklar kıyafetlerini ortaya bırakınca sinirleniyordum.” (K5)

“İşte hala duygusallık devam ediyor bazen agresiflik, sinirlilik hali, bazen böyle iniş çıkışlar olabiliyor yani. Hani kendi kendime birdenbire duygusallığa kapılıp hiçbir şey yokken içime kapanabiliyorum veya hani yok diye yani küçücük bir şeyi büyütüp böyle bir sorun haline getirebiliyorum. Sonrasında yapmış olduğum şeyin yanlış olduğunun farkına varmış oluyorum ama iş işten geçmiş oluyor.” (K28)

“Menopozdan sonra benim hayatım kendi kendime diyorum bitti diyorum. Önceki hayatım daha güzeldi diyorum, değiştim agresifim daha da agresif oldum. Dinçtim, güçlü hissediyordum kendimi. Önceden tuttuğumu koparırdım, şimdi tuttuğumu koparıyorum diyecek bir halim yok. Şimdi öyle bir çöküşüm var ki ruhsal bir çöküş hem de vücudumda da bir çöküş olduğunu hissediyorum.” (K10)

“Suçluluk, pişmanlık gibi duygular, üzüntü, öfke, kaygı. Yani ben vallahi çok daralıyorum, ben çok daraldım. Yani insanın ruhu daralır, nefesi kesilir ya aynı öyle tanımlayabilirim. Duygusallık benim için menopoza demek duygusallık, sıkıntı basması, daraltı gelmesi, sinirlilik, agresiflik bunlar yani bu tür şeyler.” (K36)

“Var yani üzgünlük var yani kötü bir şeymiş bu, sanki böyle bundan öncesi ve sonrası gibi oldu böyle, bütün her şeyim de kısmen bir değişiklik oldu. Bana kendimi kötü hissettiriyor, kötü hissediyorum yani kendimi her türlü kötü hissediyorum. Benim için kötü hissetme fiziksel olarak da kötü hissediyorum, zihinsel olarak da kötü hissediyorum, çevre olarak da. Benim kimseyle konuşam gelmiyor, bazen yemek yeme isteğim gelmiyor bazen de çok yemek yiyorum o şekilde. Önceden çok severek yaptığım şeylerde de biraz azalma oldu işte, gezmelerde, arkadaşlarla buluşma.” (K32)

Cinsel Problemler

Cinsel problemler alt teması menopoza sonrası kadınların cinsellikte yaşadığı sorunlara ilişkin ifadeleri kapsamaktadır. Cinsellikle ilgili kadınlar yaşadıklarını sıfır cinsellik, kuruluk, cinsel ilişkide ağrı, zevk alamama, hissetmeme, cinsel isteksizlik, tatminde sıkıntılar, orgazm ve eşine verdiği tatminde değişiklikler olarak ifade etmiştir.

“Cinsellik hiç yok, sıfır, sıfır, cinsellik sıfır. Şimdi ilişki var ama hiçbir şey yok yani anlamıyorsun, hissetmiyorsun aynı robot.” (K36)

“Sadece bu menopozun bana vermiş olduğu dediğim gibi bu hani cinsellik şeyinde mesela hani kuruluğun olması, o da olunca çok şey oluyor, yani zor oluyor ilişki sırasında, cinsel ilişki sırasında ağrı yapıyor. Öyle olunca da işte karşı taraf da tatmin olmuyor, senin canın acıdığı için zaten çok sık olamıyor zaten öyle söyleyeyim.” (K15)

“Eşimle ilişkiye girdiğim zaman acayip derecede kuruluk oluyor. Menopoza girdim ya ondan dolayı olduğunu düşündüm, zevk mi almıyorum onu da bilmiyorum. Hiçbir şey hissetmiyorum.” (K19)

“Cinsel isteksizlik oluyor, hakikaten oluyormuş, insan yaşayınca anlıyor. Menopozdaki bir kadın diyebilir rahatlıkla bundan sonra benim hayatımda hiç cinsellik olmasa da benim için bir eksiklik oluşturmaz diye düşünebilir çünkü gerçekten insan istemiyor.” (K31)

“Kuruluk mesela çok kuruluk yaşadım menopozdan sonra çok fazla kuruluk yaşadım, tatmin, orgazm, cinsel istek ya da eşine verdiği tatmin pek çok şeyin değiştiğini düşünüyor insan. Erkek gibi oldum diyenler belki de cinsel olarak hiç istekleri olmayan ya da gerçekten zevk almayan kişiler olabilir. O kadar ileri dereceye gelmedi benimki, fiziksel kuruluktan dolayı yaşanan bir sıkıntıydı.” (K13)

Üriner Semptomlar

Üriner semptomlar alt teması kapsamında postmenopozal kadınların üriner sistemle ilgili yaşadığı sorunlara yönelik sık idrara çıkma, idrar yaparken ağrı, uykudan uyanıp idrara koşma gibi ifadeler yer almaktadır.

“Ciddi olarak sık idrara çıkma, hem de bazen inanılmaz sık geliyor, geldiği gibi de lavaboya gidene kadar beni zor duruma sokuyor. Dışarıda falan olduğumda ne olur bilmiyorum.” (K21)

“İdrarla ilgili sorunlarım oldu sık idrara çıkma ihtiyacı oldu, idrar yaparken ağrı, tualete de çok sık kalkıyorum.” (K16)

“Uyanıp uyanıp idrara koşuyorum, idrar sorunu yaşıyorum. Ben doktora gitmedim bilmiyordum bununla alakası olacağını da hiç kimseden duymamıştım. Çok idrara çıkıyorum.” (K29)

Cilt Problemleri

Cilt problemleri alt temasında kadınların yaşadığı cilt sorunlarına yönelik ciltte bozulma, ciltte değişimler, cildin eski güzelliğinin kalmaması, cilt parlaklığının azalması, cildin hızlı kırışması ve kurumması, cildin yaşlanması ve cildin sönük görünmesi şeklinde açıklamalar bulunmaktadır.

“Ciltte bozulmalar çok, çok, çok, çok, çok önemli bence, ciltteki değişimler ben menopoza dayım diyor bence, en çok taktığım konulardan birisi de cilttir benim için, cildimin eski güzelliği yok artık.” (K1)

“Cildimin parlaklığı azaldı, cildim sanki hızlıca kırışıyor ve cildim çok fazla kuruyor.” (K35)

“Ondan sonra vücutta daha çok kuruluk olması dikkatimi çekti. Cildimde tamamen kuruluk hissediyordum yani, daha önceden benim cildim çok yağlı bir ciltti, hiçbir sorunum yoktu ama çok kuru olduğunu hissediyordum. Çok fazla su

tüketmeyen birisiyim ama suyla olduğuna inanmıyorum çünkü şöyle söyleyeyim önceden de su tüketmiyordum ama bu kadar değildi.” (K19)

“Aynada baktığımda çizgilerin artması, elimin, yüzümün, cildimin bütün vücudun kuruması, daha sönük gözükmesi.” (K8)

“Menopozla birlikte artık cildin yaşlanmasını, kırışmasını durduramıyorsunuz.” (K37)

Kilo Alma

Kilo alma alt teması kapsamında postmenopozal kadınların menopoz sonrası kilo alma durumlarına ilişkin kilo almaya bağlı vücut yapısının değişmesi, menopoz göbeği, beden yapısında bozulmalar ve kilo alıp verememe ifadelerini içermektedir.

“Bir de kilo alıyorum, vücut yapım çok değişti, kilo aldıkça da insanın tipi değişiyor. Özellikle göbek çevremde, midemin altında midemle birlikte bir göbek oluştu bende. Kilo alımını durduramadım, çok çabuk kilo aldım kilo veremiyorum daha. Estetik olmayı bile düşündüm. Menopoz göbeği denen şey ben de oldu sanırım.” (K20)

“Hormonal yapım bozulunca ister istemez istediğim enerjiyi bulamadım, kilo almaya başladım, beni o rahatsız ediyor şu an için beden yapımında bozulmalar hissediyorum kilo alıp da verememek çok kötü bir şey.” (K38)

“Anında kilo aldığım için birden bire görüntüm 180 derece, giyinmem 180 derece değişti ama kamufle ettim kendimi.” (K14)

Menopozda Kadınlık Algısı

Menopozda kadınlık algısı teması kapsamında postmenopozal kadınların menopoz sonrası kadınlık algısına ilişkin kadın gibi giyinememe ve süslenmeme, kadınlık duygusuyla ilgili şeyleri yapmak istememe, kadınlık duygusunda eksiklik ya da kaybetme, çekiciliğin olmaması, kendi kendine şekilsiz gelme, kadınlık niyetinin olmaması, kadın olarak eksik, yetersiz ve isteksiz hissetme, kadınlıktan vazgeçme, seksi bulmama, kadınlığın geri plana atılması ve kadınsılık gösterememe şeklinde ifadeler yer almaktadır.

“Mesela ben giyinmeyi çok seven bir insandım, alışverişi çok seviyordum. Menopoza girdikten sonra kendimi saldım açıkçası, giyinmek istemiyorum. Ondan sonra kadın gibi giyinmek istemiyorum, nasıl desem önceden mesela açıkçası bir

oturmaya gittiğimde ben kapalı bir insanım ama fön çektirmeden gitmezdim. Ondan sonra makyajımı yapmadan asla gitmezdim oraya da eşyalarımı götürüp yapardım ama şimdi hiç onlar bende yok. Alışveriş istiyordum, giyinmek istiyordum, eşim eve geleceği zaman ben hemen üzerime bir şey alırdım, değiştirirdim ama şimdi yok, kadınlık duygusuyla ilişkili şeyleri yapmak istemiyorum eskisi gibi.” (K16)

“Özellikle eşine karşı görevleri var bir bayanın, acaba onlarla ilgili bir problem yaşıyor muyum diye düşündüm, eşim benim kadınlık duygularımda bir eksiklik düşünür mü acaba dedim, özellikle evliliğimi etkiler mi diye düşündüm. Sanki bu durum yüzüme vurulur mu acaba, ben bir yanlış mı yaptım kadınlıkla ilgili bir sorunum mu var.” (K21)

“Vücut şeklinin değişmesi, beden imajım çok değişti. Artık giydiğim kıyafetlerin bana yakışmadığını, bir çekiciliğimin olmadığını, kendi kendime şekilsiz gelmeye başladım. Onun için eşime karşı acaba benden uzaklaşır mı, eskisi gibi bana yaklaşmaz mı acaba, aklından başka bir şey geçer mi diye sorgulamaya başladım. Eşim hala genç ama ben değilim. Eşim hala genç ama ben birçok fonksiyonumu kaybettim mi, kaybeder miyim, doğum yapma niyetim yok ama kadınlık niyetim de mi olmayacak.” (K28)

“%50 olarak belki abartıyorum ama yarım gibi hissediyorum, abartı değil gerçekten böyle hissediyorum, bayağı bir eksik hissediyorum öyle söyleyeyim kadınlık olarak. Özellikle de evli bir kadın olarak yetersiz, isteksiz, eşimi çok sevmeme rağmen uzaklık yani elinde olmadan farklı bir süreç yani.” (K5)

“Adetin bitmesinden çok daha fazlası. Menopozda tamam ben kadınlığımdan vazgeçtim, yani o tarafı tamamen kapattım.” (K2)

“Menopozdan önce daha böyle insan kendini ne bileyim kadın olarak daha da seksi bulabiliyorsun öyle diyeyim, menopozdan sonra öyle değil. Biraz daha geri planda kalıyor gibi o kadar bulmuyorsun yani bakıyorsun işte vücudunda değişiklikler olmuş, hafif hafif buruşmalar bile başlıyor insanda hem menopozdan kaynaklı hem de vücudundan kuruluştan kaynaklı, ister istemez bir kadın olarak bunları gördüğünde olumsuz etkileniyorsun.”(K33)

“Kadınlığınız geri plana atılıyor tamamen, o saatten sonra daha dikkat ediyorsunuz hareketlerinize, tavırlarınıza, giyiminize. Tabi kendimle o kadar

uğraşan bir tip değilim ama daha çok dikkat ediyorsun vücut hatların belli olmasın. Kadınsılık zaten gösteremiyorsun yok öyle bir şey.” (K31)

“Ondan sonra işte kadın olarak hissetmedim mesela kendimi, hiç hissetmedim, kadın duyguları hiç yok, hiçbir şekilde. Mesela örnek vereyim kendi elim veya eşimin eli hiç fark etmiyor, fark etmiyor yani kadınlık duygularımı kaybettim. Eşime belli etmiyorum, gerçekten belli etmiyorum ama hissetmiyorum yani. Nasıl birşey oluyor şöyle örnek vereyim. Yemek hazırlıyorum bunu bu şekilde anlatayım, yemeği hazırlıyorum ama yemek yiyemiyorum sadece eşimin isteğini yerine getirmeye çalışıyorum. O da bana şey oluyor nasıl ertelesem, nasıl bir bahane uydursam ve bahane uydurmak istemiyorum onun hayatı devam ediyor, eşimi seviyorum. Ondan sonra onun benim gibi yaşamasını istemiyorum ama böyle hayat kolay olmuyor. Daha sonra da duygularım tamamen çöktü yani kadınlık duygularım yok.” (K27)

Menopozun Günlük Yaşama Etkisi

Menopozun günlük yaşama etkisi teması altında aile dinamiklerine etkisi ve sosyal çevreye etkisi başlıklı 2 alt tema bulunmaktadır.

Aile Dinamiklerine Etkisi

Aile dinamiklerine etkisi alt teması, kadınların menopoz sonrası aile içi ilişkilerde meydana gelen değişiklikleri yansıtan yorgunluğa, halsizliğe ve uykusuzluğa bağlı ev işlerini yapamama ve işlerin aksaması, ateş basmalarına bağlı eş ile yaşanan sorunlar, eş ya da çocuk tarafından anlaşılamama, uykunun evde sorun olması, eş tarafından menopozun her yerde konuşulmasının yadırganması, uykuya geçiş sürecinde eşle problem yaşama ve menopozun etkisinin ev sorunları ile birleşip bunaltması ifadelerini içermektedir.

“Ben hiperaktif biriydim, sürekli bir şeyler yapardım, yapardım, yapardım, şimdi alıştı herkes. Evde yapamadığım zaman böyle evde halimin olmadığı, yapamadığım zamanlarda evde de biraz sorun yaşıyorum eşimle alakalı. Zaten şeker hastası eşim çok sakinken sinirli bir insan oldu yani katlanamıyor benim yatmama, tahammül edemiyor, ben de anlatamıyorum kendimi. Gece çok aşırı sıcaklıyorum, karnımı falan tamamen açıyormuşum, pijamamı falan buralarıma kadar açıyormuşum, o da örtüyor, örtme diyorum örtüyor, örtme diyorum. Bunlar sorun olmaya başladı. Hiç anlamıyor yani benim bu kadar ateş basmalarımı gece uykusuz kaldığım için hiç halimin olmadığını benim bitik durumda olduğumu anlamıyor,

bunu ona anlatamıyorum. Hiçbir şey yokmuş gibi davranıyor bana, hani eski 30'lu yaşlarımdaymışım gibi davranıyor bana. O da stres yapıyor stresten de ateş basıyor, ondan da ateş basıyor, hep karışıyor ben de.” (K7)

“İşte zor, zor, beni yoruyor, eşim de beni önceki halim gibi istiyor hep beni, öyle dolansın ama yorgun düşünüyorum, uykusuzluktan yorgun düşünüyorum. Uyuyorum birçok işim aksıyor evde yani hepsi birbirine bağlantılı bunların. Yani beni hep yoruyor uykusuzluk yoruyor. Tamam uyuyorum, rahatlıyorum, çok rahatlıyorum tamamlanmış hissediyorum, kendimi gece uykusunu tamamlamış gibi böyle vücudum çok rahatlıyor kafa, beden her şey yani ama uyku sorun oluyor evde işte.” (K32)

“Her lafın başında tabiki menopoza konuşmak da doğru değil ama insanlar beni de bu konuda yadırgadı. Eşim özellikle yadırgadı sen nasıl konuşuyorsun herkesin yanında menopozu diye. Mağdur olduğun zaman ister istemez konuşuyorsun onu, seni rahatsız eden olay o çünkü.” (K23)

“Mesela eşim o konuda beni anlamıyor, terliyorum diyorum mesela çok terliyorum bunaltıyorum diyorum. İşte örnek vereyim sarılmak istiyor ben o zaman boğuluyorum. O 5 dakika falan sürüyor benim bir geldiğinde, ondan sonra biraz daha rahatlıyorum. Eşim çok anlamıyor o konuda beni, diyorum ki mesela nasıl bir şey biliyor musun diyorum hani böyle bir ateşin üzerine su dökersin duman çıkar ya öyle yanıyorum, üzerime gelme benim diyorum. Kırmak da istemiyorum, kırmaktan da korkuyorum ama o an yapabilirim, kırabilirim. O konularda çok anlayışlı değil kendisi çok üşüyen biri, eşim çok üşür ve ben çok yanıyorum. Onun için çok zıtız. Herkes anlamıyor yanmalarından tabi yaşamadığı için de bilmiyor.” (K28)

“Bir zaman uğraşıyorum uykuya dalmaya, eşimle her zaman bu yüzden sabah namazına kalkma konusunda problem yaşıyorum.” (K14)

“Mesela bu sabah bir şey oldu kızım diyor ki anne biz de yanıyoruz biz de sıcaklıyoruz diyor. Benimki farklı diyorum, bunu anlamıyorlar bu çok başka bir şey bunu anlayamıyorlar.” (K26)

“Evde sorunlar oluyor, çok çok farklı şeyler olunca da hepsinin bir karışımı bunaltıcı bir şey oluyor yani. Evde menopozun etkilerini özellikle evde daha çok hissettim.” (K35)

Sosyal Çevreye Etkisi

Sosyal çevreye etkisi alt temasında kadınlar menopoz sonrası sosyal yaşamında meydana gelen değişiklikleri, misafirin olduğu ortamda oturamama, yemek yiyememe ve utanma, terlemeye bağlı misafiri öpmeye ve sarılmada zorluk, sosyal ortamlardan geri planda kalma isteği, ateş basması ve terleme nedeniyle herkesin yanında rahat edememe, yabancı erkek istememe, ateş basması nedeniyle dışarı çıkmak istememe, sosyal çevrede vantilatör sorgulama ve arkadaşlarla buluşmada gün ışığına dikkate etme şeklinde açıklamaktadır.

“Hele de bir misafirin yanında oturamıyorsun, ter üstüne ter, yemek yiyemiyorsun, sofrada bir toplulukta Allah’ım utanıyorsun yani eve gelenlerden çok zor anları var toplumda. Misafir geliyor Allah’ım elimde selpak misafir gelecek öpeceğim, yanaklarım ter içinde o kadar çekiniyorum ki, ellerimde selpak önce siliyorum ondan sonra kucaklıyorum çok zorlanıyorum.” (K5)

“Yani sosyal hayatımı da çok etkiledi, ondan sonra şöyle diyeyim, çok arkadaş çevrem olmasına rağmen, giderdim önceden daha fazla aktivitelere katılırdım, ama bu menopoz döneminde hep geri planda kalmaya çalıştım. O süreci biraz evde atlatmaya çalıştım çünkü sürekli ateş bastığı için, terlediğim için herkesin yanında rahat edemiyordum.” (K1)

“Mesela bu dönemde ateş basıyorsa evde yabancı erkek istemiyorum şahsen, misafir falan istemiyorum. Çünkü ben evimde rahat rahat dolaşıyorum kapalı olduğum için.” (K34)

“Sürekli sırtımda bir yanma hissi vardı bir şey giyinmek istemiyordum. Dışarı çıkamıyorsun arkadaşlarımla hiçbir yere katılmak istemiyordum. Giyinip gitsen ordaki ateş basması seni bunaltıyor çok zor bir süreç gibi geldi bana.” (K18)

“Mesela birisi davet ediyor ilk sorduğum şey vantilatörün var mı vantilatör yoksa gidemiyorum, çünkü aşırı tepki gösteriyorum.” (K9)

“Arkadaşımı çağıracağım zaman öğle saatinde çağırmam, beni terletecek, onunla sağlıklı oturamayacağım, muhabbet edemeyeceğim. Ne zaman rahatım daha gün ışığı olmadığında ayarlıyorum mesela kıyafetimi de dışarı çıkacaksam yaz veya kış kıyafetim artık yok benim.” (K13)

Menopozda Başetme

Menopozda başetme teması altında yaşam tarzı değişikliği, serinletici uygulamalar, meşguliyet, spiritüel uygulamalar, benzer deneyim yaşayanlarla iletişim ve olumlu düşünme olmak üzere toplam 6 alt tema yer almaktadır.

Yaşam Tarzı Değişikliği

Yaşam tarzı değişikliği alt temasında postmenopozal kadınların yaşadıkları sorunlarla başetmek için kullandığı giyim tarzında değişiklik, iş yaparken hareketleri yavaşlatma, kalabalık ortamdan uzak durma, uyurken takıları çıkarma, tut bırak hareketi, karbonhidratlı, unlu ve yağlı gıdalardan kaçınma gibi yaşam tarzı değişikliğine ilişkin yöntemler bulunmaktadır.

“Aslında şöyle şeyler değişti, giyim tarzım bir kere değişti şimdi mesela çok açık giyinen biri değilim fakat alacağım şeyler de artık dokusuna bakıyorum yani beni yakmayacak şekilde pamuklu olacak, beni rahat ettirecek. Vücudumda sırtımın yanma şeyine engel olacak tarzı kıyafetlere bakıyorum, kıyafetin bile önemini anladım ben bu menopoz döneminde. Gidip bakıyordum direkt alıyordum önceden, gidiyorum bakıyorum, dokunuyorum ya bir kere yakar mı yakmaz mı falan onlara bakmaya çalışıyorum önce öyle değildim.” (K22)

“Ben menopoza aşmaya çalışıyorum, kolaylaştırmaya çalışıyorum. Mesela ne yapıyorum terlememek için yapacağım işleri daha yavaş yapıyorum, hareketlerimi yavaşlatıyorum. Mesela bir yatak odamı toplayacaksam yarım saatte topluyorum terlememek için ara veriyorum. O da beni rahatlatıyor yani hızlı hareket etmek sıcak basmalarımı tetikleyip terletiyor onu aşmaya çalışıyorum.” (K32)

“Kalabalık ortama giremiyorum, kalabalık ortam da beni bunalıyor, geriyor, daha çok terliyorum.” (K35)

“Mesela menopoza girmeden daha dar kıyafet giyebiliyordum yani yanmıyordum. En basit örneği yüzükle falan rahatlıkla uyuyabiliyordum küpemi falan çıkartmadan. Ama şimdi menopozdan sonra hep bol kıyafetler bol ve rahat kıyafetler giyiyorum ve öyle daha rahat ediyorum. Yüzüğüm küpem varsa onları çıkarıp öyle uyuyorum.” (K22)

“Tut bırak hareketi var onu yapıyorum aklıma geldikçe ne derece doğru onu da bilmiyorum ama araştırdım bunların iyi olduğunu öğrendim ileriye dönük çok öncesinden araştırmıştım.” (K7)

“Yediğin yemek de çok etkiliyor onu da ölçtüm. Bu süreç içerisinde karbonhidrat, unlu, yağlı gıda aldığım sürece yanmalarım çok yükseliyor, sinirim öfkem de yükseliyor ama yediğime içtiğime dikkat edersem o benim yanmamı, yaşam kalitemi hemen etkiliyor. Onun için hepsini kontrol altında tutuyorum.” (K19)

“Dışarı çıktığımda ben renksiz sade bir şey giyemiyorum çünkü terim dışarı çıkıyor ve sırtıma havlu koyup çıkıyorum. Sade bir renk giydiğimde terim dışarı çıkıyor ve beni çok rahatsız ediyor, yanıma bir kıyafet alıyorum oturmaya gittiğimde, yanıma kıyafet almak istiyorum o şekilde oturmak beni rahatsız ediyor. Ter benim kıyafetimi çok fazla ıslatıyor 5-6 tane tişört çıkarıyorum günde.” (K11)

Serinletici Uygulamalar

Serinletici uygulamalar alt teması kapsamında postmenopozal kadınlar sıcak basması, terleme gibi yaşadıkları semptomlarla başetmek için su içme, buz torbası, duş alma, el-yüz yıkama, serin ortama geçme, pamuğu ıslatıp kafaya koyma, yelpaze ve vantilatörü serinletici uygulama olarak kullandıklarını ifade etmiştir.

“Bir tek şeye çare buldum, su içmek ateşe bir su döker gibi, günlük iki, üç litre su içersen yanmam azalıyor.” (K6)

“Buzu ayaklarımın altına koyuyorum yani buz torbalarım var, ondan sonra ayaklarımın altına, yanan yerlerime, vücuduma dokunduruyorum biraz serinletiyor beni. Bir sürü buz torbaları var, o ısınınca diğerini alıyorum, sıcak basmaları için bunu kullanıyorum şu anda başka bir kullandığım yöntem yok. Duş alıyorum baktım ki çok rahatsızlanıyorum, uyku uyuyamıyorum uyanığım, bu yana dön ateş basıyor, ter, bunaltı bir duş alıyorum, bakıyorum duştan sonra yine aynı aldığımı almadığım bir oluyor. Yine ter başlıyor o zaman da dakika başı banyoda duramam mecbur derin dondurucuda buzlar var onları getiriyorum, koyuyorum bir şeyler yapıyorum.” (K4)

“Ateş basması olduğunda elimi yüzümü yıkıyorum, duşa giriyorum, sıcak bir ortamdaysam serin bir ortama geçiyorum yani çok etkili mi bilmiyorum ama mümkün olduğunca o anki rahatsızlığımdan bir an önce uzaklaşmaya çalışıyorum.” (K21)

“Ateş basmaları için sık duş alıyorum, iş yerinde pamuğu ıslatıp kafama koyuyordum iş yerinde herkes bana gülüyordu, tabi bakmışsınız başörtülüüyüm bir bakmışsınız başörtümü çıkarmış dolanıyordum.” (K33)

“Kollarım ağrıyor, elimde sürekli yelpaze sürekli ama hiç bırakmıyorum. Vantilatör çalıştırıyorum, iki sefer böbreklerim şu yan taraflarımda çok ciddi ağrı oluyor bu sefer de vantilatörün karşısında çok durduğumdan. Vallahi onu kapatıyorum yanıyorum, elimde yelpaze kollarım ağrıyor siz düşünün işte.” (K28)

“Namaz kılana kadar bayılacağım neredeyse, pervane takıyorum namaz kılarken başucuma.” (K17)

“Ben de vantilatör ile baş etmeye çalışıyorum. Ya tabi şöyle ki şimdi vantilatörü eğer kullanamazsam kalkıyorum mutlaka, uyanıyorum ve balkona falan çıkıyorum daha serin bir yer arıyorum ama vantilatörle yataktan çıkmadan düğmesine basıp tamamen suratıma suratıma vurduruyorum açıkçası yani orada da işte o beni bir serinletiyor.” (K1)

Meşguliyet

Meşguliyet alt teması, postmenopozal kadınların gezme, arkadaş toplantısı, alışveriş, tarlada, bağda, bahçede çalışma, yoğunluk, müzik dinleme, oynama, komşuya gitme, kurs, spor, çalışma ve aktivite gibi aktivitelerle meşgul olup menopoz sorunlarına odaklanmayarak menopozal semptomlarla başettiğine ilişkin ifadeleri içermektedir.

“Menopoz döneminini kadınların geçıştirmeleri gerekir bence gezerek, bir dost arkadaş toplantısı ile, alışverişle, kendilerine iyi gelecek şeyle, tarlada bağda bahçede çalışmayla bu tarz şeylerle. O dönemleri bu şekilde geçıştirerek ne kadar üstünde farkındalık oluşturmazsan o kadar kolay oluyor.” (K18)

“Ama benim en büyük şansım ilk üç ay çok yoğun oldu o dönemlerde. Bunu menopozla ilişkilendirmemiş olmam, onu stresle falan ilişkilendirdim. Menopozla ilişkilendirmiş olsaydım bunu çok daha büyük bir sıkıntı yapmış olurdum, farkındalığını daha büyük yaşamış olurdum ve bu da baş etmemi zorlaştırırdı diye düşünüyorum. Kendimde bir farkındalık oluşsun istemedim açıkçası bunun üzerine hiçbir şekilde düşmedim.” (K36)

“Canın mı sıkıldı çıkarım müzik açarım eşimin karşısında oynarım, canın mı sıkıldı komşuya giderim gezerim, eğer canım mı sıkıldı, gergin miyim giderim bir alışveriş yaparım öyle rahatlatırım kendimi. Bu alışkanlığımda kötü bir şey, her canın sıkıldığında sen alışveriş yaparsan onu bütçesi sana da sıkıntı çıkarabiliyor ama şöyle bir şey ufacak bir şey de alsam kendimi mutlu edebiliyorum.” (K22)

“Yani hani odaklanmamak için kendime yürüyüş olsun, kurslarım olsun, çalışma olsun. Ben hep böyle kendimi yönlendirdiğim için daha rahat atlattığımı düşünüyorum. Aktivite, spor, sosyalleşme, kurslara gidiyorum bu şekilde çalışıyorum zaten bu şekilde.”(K15)

“En önemli başa çıkma mekanizmam ki bilinçli olmasa da o dönem için menopoza girdiğimi fark etmemiş olmam. Bu önemli bastırıp, yadsıyıp inkar edeceğim bir dönem yaşamadım. O arada oldu bitti bu önemli. Hani kendimi dinleyecek böyle çok vaktim yoktu açıkçası, hep bir şeyleri yetiştirmek zorundaydım ve çocuklarım var büyük küçük pek çok şeyle uğraşmak zorundaydım. Büyüklerin büyük sorunlarıyla, küçüklerin küçük sorunlarıyla uğraşmak zorundaydım. Pek çok sorumluluğun içinde bir de yüksek lisans yapıyordum o açıdan çok vakti olmayan bir insan olduğum için kendimi çok fazla dinleyemedim. Meşguliyet en iyi ilaçtır, özellikle bu tarz şeylerde ne kadar meşgulseniz ne kadar başka şeylerle uğraşıyorsanız o kadar sıkıntıyı atlatmanız kolay. Başa çıkma mekanizmasında her türlü şey için söyleyebiliriz, ben çok meşguldüm hala da meşgulüm. Bu çok büyük bir şans benim için.” (K10)

Spiritüel Uygulamalar

Spiritüel uygulamalar alt temasında kadınların menopoz semptomları ile başederken namazda ağlama, namazda dertleşme, namaz kılma, Kuran okuma, abdest alma ve dua etme gibi dini uygulamaları kullandığını gösteren ifadeler yer almaktadır.

“Mesela en fazla namazlarda ağlarım, öyle bir ağlama krizi tutar o da işte değişik bir rahatlama yöntemi. Eskiden hiç ağlayamazdım ama namaza geçince güzelce ağlıyorum, dertleşiyorum, rahatlıyorum bitiyor. Her türlü temizleniyorsun işte, yani namaz kıldığınız zaman ayrı rahatlıyorsunuz. Yani kendimi tanıyamaz hale geldim ama namazımı kıldığım zaman en azından algılıyorum yani bunun normal bir durum olduğunu, bunun geçici bir durum olduğunu en azından. En azından namaz kılarken öfkelenmiyorum, sinirlenmiyorum.” (K29)

“Genellikle geceleri uyuyamadığım zaman, Kuran okuyorum bu beni rahatlatıyor.”(K30)

“Ateş bastığında abdest alıyorum, dua ediyorum kısa süreli de olsa serinletiyor.” (K21)

Benzer Deneyim Yaşayanlarla İletişim

Benzer deneyim yaşayanlarla iletişim alt temasında, postmenopozal kadınların menopoza girmeyenlerle konuşmak istememe, menopoza girenlerle ortak deneyimleri paylaşma, akran desteği, menopoza giren insanlarla kıyaslama, menopoza girmiş kişiyle konuşma ve dertleşme şeklinde benzer deneyim yaşayan kadınlarla iletişim kurarak menopozal semptomlarla başettiklerini belirtmiştir.

“Menopoza girmeyenlerle konuşmak istemiyordum bir dönem. Menopoz yaşayan kadınlarla buluşup ortak deneyimlerimi paylaşmak istiyordum.” (K3)

“Etrafımdaki menopoza giren insanlarla kendimi kıyaslayarak olması gereken bir şey olduğunu düşünerek kendimi rahatlatıyorum, normal miyim normal değil miyim, kendimi kıyaslıyorum çevreyle, bu kıyaslamada benim için bir baş etme yöntemi oluyor.” (K25)

“Yani fikri olarak arkadaşlarımla onlarla beraber denk geldiğim vardiyalarda onlara yaşadıkları sorunlarını soruyordum. Onlarında bu tarzda sorunlar yaşaması benim tek olmadığımı hissettiriyordu, iyi geliyordu.” (K32)

“Konuşma yani kendim gibi bir menopoza girmiş kişiyle konuşmak, dertleşmek böyle bir destek, arkadaşlık yani akran desteği. Çünkü seni senin gibisi anlar evladın bile anlayamaz, mümkün değil yaşayan bir insan olması gerekiyor. Birbirimizle yan yana kalınca kız bu gece şöyle yandım, bu gece böyle yandım, evet aynen öyleydi böyleydi diyorsun, o da çekiyor benim gibi diyorsun azıcık rahatlıyorsun.” (K11)

Olumlu Düşünme

Olumlu düşünme alt temasında, postmenopozal kadınların menopoz semptomları ile başederken polyanacılık oynama, pozitif bakma, gülme, kabullenme, zamanla geçeceğini düşünme, doğal bir süreç olduğunu düşünme, bu sıkıntıları bütün kadınların yaşadığını ve yalnız olmadığını bilme gibi olumlu düşünme yöntemini olumlu düşünme yöntemini kullandığını gösteren ifadeleri içermektedir.

“Ben polyanacılık oynamayı çok severim yani hayata her zaman pozitif bakmayı severim, gülmeyi severim. Bunu da böyle yaşamalıymışım diyorum, geçecek diyorum, gerçekten stresli dönemler yaşadım ama yapacak da bir şey yok kabulleniyorsun. Kabulleniş var mayam da ruhumda.” (K22)

“Zamanla geçeceğini düşünüyorum, biraz zamana ihtiyacım olduğunu düşünüyorum, hep böyle kalmaz diye düşünüyorum. Yani bir psikoloğa falan gitmeyi hiç aklımdan geçirmediğim kötü mü olur aslında çok da güzel olur ama yani ben biraz zaman tanıyayım diyorum kendime, herkes de nasıl geçtiyse bende de geçer azalır diye düşünüyorum.” (K33)

“E şöyle diyorum yani yaşam bir süreç, bu her kadının başına gelen bir şey, ben bu süreci büyüklerimden dinlemiştim. Ben de yavaş yavaş onların yolunda devam gidiyorum. Toplumda bu konuda yalnız olmadığımı biliyorum bu sıkıntıyı bütün kadınların yaşadığını biliyorum, biraz o beni rahatlatıyor hani ter bastığında diyorum ki hani menopoza girdin mi bu sıkıntı neden evet diyorum ya evet yani öyle oluyor o beni rahatlatıyor.” (K26)

“Zaman zaman işte etrafıma bakarken sakinleştirmeye çalışıyorum kendimi, çünkü hani bir problem varsa nedenini bilmeden çözmek çok zor olduğu için, hani nedeni bildiğim için geç geç bunları rahat ol, bu da geçecek deyip kendimi sakinleştirmeye çalıştırıyorum. Tabi bu gerçeği değiştirmiyor ama en azından biraz daha rahat davranmaya çalışıyorum bu noktada. O sıcak basması geldiği zaman bunları kendi kendime söylüyorum.” (K37)

“Ben bunu çok doğal bir süreç olarak kabul ettiğim için hani ay doğurganlığım bitti ay şunu yapamayacağım bu noktalara hiç gelmedim, onun psikolojisine de hiç girmedim. Dedim yani yaşam bu böyle bir şey zaten, doğdun, yetişkin oldun, bilmem ne oldun, doğurganlığında bitecek de hani adet görmeye başlamak ne kadar normalse ki menopozda böyle.” (K15)

“Sonuçta her kadının belli bir yaşta sonra yaşayacağı bir süreç. Demek ki bu gerekli bir şey ki Allahu Teala bu süreci yaşantıya koymuş. Çok da niye böyle oluyor diyecek de değilim böyle şeyleri çabucak kabullenirim, çabucak kabullenince de çabuk atlatıyorsunuz çok da takılmıyorsunuz.” (K34)

“Bu menopoza bağlı bir süreç ve zamanla geçecek, eski normal halime döneceğim zaten. Benimle alakalı bir şey beyne ne sinyal verirsek o oluyor, istemeyle alakalı biraz açıkçası.” (K2)

Menopozda Beklentiler

Menopozda beklentiler teması, kadınların menopoz döneminde gereksinimleri doğrultusunda beklentilerini ortaya çıkarmaktadır. Bu tema kapsamında empati ve hemşireden beklentiler şeklinde 2 alt tema yer almaktadır.

Empati

Empati alt teması altında kadınlar menopoz sürecinde çevresindeki insanların daha anlayışlı olmasını isterken, bu süreçte en çok anlaşılma isteğini yani empatiye ilişkin beklenti ifadeleri bulunmaktadır.

“Evdekilerin daha sakin olmasını istiyorum daha anlayışlı baksınlar bana nasıl diyeyim yani. Eee bunu atlatacağız hep birlikte, anlayışlı olun bana diyorum, azıcık hak tanıyın bana diyorum, bu elimde olmayan bir şey diyorum öyle söylüyorum işte beklentilerim bunlar.” (K9)

“Daha anlayışlı olmasını bekliyorsunuz çevrenizdeki insanların. Sen de o olayın bir eksiklik olarak görülmesi. Özellikle büyükler, özellikle büyüklerde şey var hani kadınsal bir eksiklik olarak görüyorlar ya hani ona bağlı olarak sana acıyor, acıyarak bakıyorlar.” (K18)

“Ya daha anlayışlı olunmasını hani kendileri yaşamadığı için bilmedi ve bunu sık sık dile getiriyorum gerçekten çok zor olduğunu. Hani yardımcı olunması konusunda falan yani bence yardımcı olunmalı menopoza giren bir kişi gerçekten anlayışla karşılanmalı. Evet ben haklıyım demiyorum yapmış olduğum şeyde, haklıyım, iyiyim demiyorum ama daha hoş görülebilir veya farklı bir şeyler yapılabilir diye düşünüyorum.” (K5)

“Neden beni anlamıyorlar, bu bir süreç, kadınların yaşadığı bir süreç ve bunu anlamalarını beklerim yani onlardan, bazen anlıyorlar, bazen anlamak mı istemiyorlar yani çözemedim. Bazen anlıyorlar mutlu oluyorum, bazen anlamıyorlar işte öyle yuvarlanıp gidiyoruz.” (K2)

Hemşireden Beklentiler

Hemşireden beklentiler alt temasında postmenopozal kadınların gereksinimleri doğrultusunda, menopozda yaşadığı sorunların giderilmesi için bitkisel bir çözüm, bu süreci kolay atlatmanın yolu, bilinmeyen konularda bilgilendirme, vajinal kuruluğa ve üşümelere çözüm, D vitamininin menopoza etkisi, doktora gitmeyi gerektirecek sıkıntılar, görülmeyen ve eksik tarafları söyleme, menopozun getirdiği dezavantajları

ortadan kaldırma, menopozda kullanılan ilaçlar, sıcak basmaları için ne yapılmalı, ani yükselmeler, sinirler nasıl kontrol edilmeli, nasıl ferahlanabilir ve bu dönem asgari düzeyde nasıl atlatılabilir şeklindeki beklentileri hemşireden taleplerini belirttiği ifadeler yer almaktadır.

“Yani acaba diyorum bunun bitkisel bir şeyi var mıdır? Yani bunu kolay atlatmanın bir yolu var mıdır, düşünüyorum ama hiç onu da öyle kolay atlatan ne duydum ne gördüm ama varsa da yeni yöntemler, tıp ilerledi var mıdır bir şeyler, hiç bu konuyu da araştırmadım, hekime de gitmedim.” (K35)

“Bilmediğim konularda beni bilgilendirebilirsin. Aldığın eğitimleri benle paylaşacağını ümit ediyorum ama tabiki bu bir ekip çalışması olacak, tabiki ben tek başına senden beklemiyorum. İnşallah söylediğiniz şeyleri uygularsam hayatıma geçirebilirsem.” (K22)

“Mesela diyorum ya bu vajina kuruluğu ile ilgili bana ne gibi bir çözüm üretebilirsiniz. Mesela bana bu konuda nasıl yardımcı olabilirsiniz, bilgilendirmenizi istiyorum veya rahatlamak için ne yapabilirim. Mesela bu sıcak basmaları için ne yapabilirim veya ani yükselmelerim, sinirlerim bunları nasıl kontrol edebilirim. Bu konuda bana yardım ederseniz sevinirim tabiki.” (K19)

“Üşümelerime çözüm önerisi olabilir. Bunlar gerçekten menopozda ne kadar etkili, D vitamini çok düşük 6 küstür belki hayati sınırın altında. D vitamini bunun bir etkisi var mı, bir de normalin dışı nedir yani beni doktora yönlendirecek nasıl sıkıntı yaşamam gerekir, şimdiye kadar beni doktora yönlendirecek bir sıkıntı yaşadığımı düşünmüyorum, o yüzden gitmedim ama ne olursa evet ben bir doktora gitmeliyimi düşünmeliyim.” (K15)

“Bendeki eksik tarafları görüp onları söyleyebilirsiniz kendi göremediğim taraflar varsa en azından bana fikir verebilirsiniz diye düşündüm.” (K12)

“Menopozun getirdiği dezavantajları ortadan kaldırmakta bana nasıl yardımcı olabilirsiniz diye sorabilirim.” (K13)

“Nasıl ben ferahlayabilirim ya da bu dönemi nasıl atlatabilirim asgari seviyede. Bu belirtileri nasıl en aza indirebilirim. İlaçlar mesela menopoz döneminde kullanılan ilaçlar ne kadar sağlıklıdır değildir bilemiyorum.” (K11)

5. TARTIŞMA

Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının postmenopozal kadınlarda vazomotor belirtiler ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu araştırmada elde edilen nicel ve nitel bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

5.1. Nicel Bulguların Tartışması

Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının (HİTSEY) menopozal semptomlar ve uyku kalitesine etkisine ilişkin bulgular bu bölümde hipotezler doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada deney ve kontrol gruplarına göre somatik şikayetler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların girişim sonrasında somatik şikayetleri kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda “Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre vazomotor belirtilerini azaltacaktır.” şeklindeki **H_{1a} hipotezi** kabul edilmiştir. Postmenopozal kadınlarla yapılan araştırmada sağlığın geliştirilmesine ilişkin uygulanan eğitim sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre somatik şikayetler puan ortalamaları daha düşük düzeyde bulunmuştur (El-hawy vd., 2023). Postmenopozal kadınlara farkındalık temelli stres azaltma programının uygulandığı yarı deneysel bir çalışmada deney ve kontrol grubu arasında somatik şikayetler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Şener ve Taşhan, 2021). Postmenopozal kadınlarla yapılan çalışmalarda somatik şikayetlere yönelik farklı sonuçlar, çalışmalarda uygulanan program kapsamının farklı olmasından kaynaklanabilir. Bu araştırmada deney grubunda somatik şikayetlerin daha düşük bulunmasında, kadınların bu şikayetleri çok sık yaşaması sonucunda bu sorunlardan kurtulma isteği nedeniyle programda öğrendiği başetme yöntemlerini kendisi ile bağ kurarak oluşturduğu farkındalık ile birlikte sürekli, kararlı ve motive bir şekilde uygulaması etkili olabilir.

Araştırma kapsamında kadınların deney ve kontrol gruplarına göre psikolojik şikayetler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.001$). Bu

fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların girişim sonrasında psikolojik şikayetleri daha düşük saptanmıştır. Deney grubu psikolojik şikayetler son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada kadınlara uygulanan sağlığı geliştirme eğitim ve danışmanlık programı sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde psikolojik şikayetler puan ortalaması saptanmıştır (Koçak ve Beji, 2019). Transteoretik model temelli eğitimin menopoz semptomlarına ve fiziksel aktiviteye etkisini inceleyen bir araştırmada eğitim sonrasında deney grubunun psikolojik semptomlar puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük belirlenmiştir (Fallahipour vd., 2022). Bu araştırmada saptanan sonuç literatürle benzerdir. Psikolojik şikayetleri etkileyen önemli faktörlerden birisi de uyku kalitesi olup vazomotor belirtiler de uykuyu olumsuz yönde etkilemektedir. Vazomotor belirtiler ve uyku sorunlarını içeren somatik şikayetler alt boyutunun deney grubunda daha düşük olması psikolojik şikayetlerin azalmasını etkileyebilir. HİTSEY’de yer alan 3D (Düşünce-Duygu-Deneyim) Farkındalık Atölyesi kadınların menopoz hikayelerine yönelik düşüncelerini, duygularını ve deneyimlerini açığa çıkararak psikolojik olarak rahatlamalarını sağlayabilir. Ayrıca HİTSEY’de yer alan uyku problemleri ve başetme yöntemlerinin bireysel menopoz hikayeleri ile entegre olarak anlatılması, bu konuda kadınlara duygu ve düşüncede farkındalık kazandırarak daha fazla netlik, perspektif ve nesnellik ile birlikte menopozal semptom yönetimini kolaylaştırabilir.

Postmenopozal kadınların deney ve kontrol gruplarına göre ürogenital şikayetler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında ürogenital şikayetler puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Mısırdaki yaşayan postmenopozal kadınlarla yapılan araştırmada sağlığın geliştirilmesi kapsamında uygulanan eğitim sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre ürogenital şikayetler puan ortalamaları daha düşük düzeyde bulunmuştur (El-hawy vd., 2023). Başka bir yarı deneysel araştırmada menopoz sonrası kadınların sağlığı geliştirmeye yönelik yaşam tarzı eğitimi sonrasında kontrol grubuna göre ürogenital şikayetler puan ortalamaları daha düşük düzeyde saptanmıştır (Rathnayake vd., 2019).

Araştırma sonucu literatür ile benzer bulunmuştur. HİTSEY’de genel menopoz semptomları ile başetme yöntemleri kapsamında ürogenital şikayetlerle başetme konusu bireysel menopoz hikayeleri ile birlikte anlatılmıştır. Hikayeler kadınların kendisi ile bağ kurmasını sağlayarak yaşadığı ürogenital semptomları tanımasını, farkındalığını, başetmeye yönelik inançlarını, kararlılıklarını ve motivasyonunu artırarak semptom yönetimini kolaylaştırabilir.

Araştırmaya katılan kadınların deney ve kontrol gruplarına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.001$) ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında MSDÖ toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Deney grubu MSDÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde saptanmıştır. Yoganın menopoz semptomlarına etkisini araştıran bir çalışmada menopoz toplam puan ortalamalarında deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde bulunmuştur (Kaur ve ark., 2019). Yaşam tarzı değişiklik programının menopoz semptomlarına etkisini inceleyen deneysel bir araştırmada menopoz semptomları deney grubunda daha düşük saptanmıştır (Malik vd., 2018). Bu araştırmada saptanan sonuç literatürle benzerdir. MSDÖ toplam puanı somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutunun tamamını kapsamakta ve deney grubunda tüm alt boyutlarda yer alan şikayetlerde de azalma bulunmuştur. Deney grubunda MSDÖ toplam puanının daha düşük olması, HİTSEY’in tüm menopoz semptom ve başetme yöntemlerini kapsaması ve eğitimin kadınların bireysel menopoz hikayelerinin akışında düşünce, duygu, davranış, bedensel deneyim ve insan ifadelerinin farkındalığı aracılığı ile anlam yaratarak semptom yönetimini kolaylaştırmasından kaynaklanabilir.

Araştırmada deney ve kontrol gruplarına göre PUKİ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.001$) ve bu fark deney grubu son test 1 ve son test 2 puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Deney grubundaki postmenopozal kadınların girişim sonrasında PUKİ toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Deney grubu PUKİ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, son test 2 puan ortalaması son test 1 puan ortalamasına göre daha düşük düzeyde saptanmıştır. Bu sonuçlar kapsamında “Postmenopozal kadınlara uygulanan Hikaye Teorisine Dayalı Semptom Yönetim Programı deney grubundaki

kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre uyku kalitesini artıracaktır.” şeklindeki **H_{1b} hipotezi** kabul edilmiştir. Yoga ve bilgi destek yönteminin menopozal kadınlara etkisini araştıran bir çalışmada deney grubundaki kadınların uyku kalitesi kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Lu vd., 2020). Postmenopozal kadınlarla yapılan başka bir araştırmada, deney grubuna uygulanan farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında ve 1 ay sonrasında kadınların uyku kalitesi kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde saptanmıştır (Darehzereshki vd., 2020). Tele-hemşirelik kapsamında uyku sağlığı eğitiminin postmenopozal kadınlarda etkisini araştıran başka bir araştırmada eğitim sonrasında deney grubundaki kadınların uyku kalitesi daha yüksek belirlenmiştir (Moradi vd., 2020). Araştırma sonucu literatür ile benzer bulunmuştur. Deney grubunda uyku kalitesinin daha iyi bulunması, MSDÖ toplam puan, somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutlarının tamamında şikayetlerin azalmasından kaynaklanabilir. Ayrıca HİTSEY’de yer alan uyku problemleri ve başetme yöntemlerinin bireysel menopoz hikayeleri ile birlikte sistematik olarak paylaşılması, kadınların kendisi ile bağ kurarak menopoza özgü uyku sorunları ile başetmede öz farkındalığını, semptomların kabul edilmesini, azaltılmasını veya giderilmesini sağlamada zayıf ve güçlü yönlerinin farkına vararak etkin bir semptom yönetimini sağlayabilir.

5.2. Nitel Bulguların Tartışması

Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı 1., 3. ve 5. oturumlarında postmenopozal kadınlarla gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırmada menopoza ilişkin düşünceler temasında postmenopozal kadınların menopoza girmeden önce ve menopoz sonrası düşünceleri yer almaktadır. Kadınlar menopoza girmeden önce hormonların azalması, doğurganlığın sonlanması, kadınlık özelliklerinin azalması, gençliğin elden gitmesi, cinsellikle ilgili sorunların çıkması, yaşlanmanın hızlanması, gerileme devri, yoksunluk, kilo alma, merak edilen ve olması gereken bir süreç, temizlik, yüzmede ve namaz kılmada rahatlık, çevreden görüldüğü kadarıyla çok şiddetli bir ateş basması, terleme, gerginlik ve sinirlenme, adet dönemi gibi bir süreç, adetten kesilme ve kadın sağlığında eksilme şeklinde menopoza ilişkin düşüncelerini belirtmiştir. Menopoza girdikten sonra ise kadınlar öcü, bir damla adete muhtaç kalma, felaket, ateş çukuru, yıkım, hayatın zirvesi, bütün hayatını ve şaftını kaydıran bir süreç, kaos, zor, ağır, yorucu, çok şiddetli, çok

meşakketli ve zahmetli, basite alınmayacak bir olay, patlamaya hazır dağ, dünyadaki cehennem, yaşlanma ve riaya bağlı kanamadan kurtulma, hamile kalma riskinden ve kesintisiz oruç tutma konusunda rahatlık ifadelerini kullanmıştır. Yapılan nitel bir araştırmada kadınlar menopoza girmeden önce ağır adet kanamasından kurtulma, daha rahat bir cinsel ilişki, hamile kalma korkusu yaşamama şeklinde menopoza ilişkin pozitif algı belirtirken, belirti ve semptomlarla baş edememe korkusu, sinirli ya da endişeli olmayı düşünme ve korkma, ateş basması ya da terlemeyi düşünme ve korkma, erken menopoz korkusu ve belirsizlik gibi negatif algı içeren ifadeler kullanmıştır (Uzun vd., 2023). Araştırmada menopoza ilişkin düşünceler temasında yer alan ifadeler literatürle benzer ve farklı özellikler içermekte ve bu farklılıklar araştırmanın yapıldığı coğrafi bölge, kültürel ve dini faktörler, yaşam tarzı, bireysel özelliklerden kaynaklanabilir. Bu araştırmada kadınlar menopoza girdikten sonra menopoz öncesi ifadelerine göre çok daha sıkıntılı ifadeler belirtmiştir. Bu durumun nedeni kadınların menopoz semptomlarını çok şiddetli yaşaması ve bu semptomlarla etkin bir şekilde başedememesi olabilir.

Menopoz döneminde yaşanan semptomlar temasında kadınlar ateşlenme, terleme, kalbin güm güm boğazda atması, çarpıntı, sıcak basması, titreme, üşüme, yanma, nefes darlığı, sıcaklık hissi ve yüzün kıpkırmızı olması şeklinde vazomotor semptomlar yaşarken, uykuya dalmada zorluk, kalitesiz uyku, delik delik bir uyku, uyku düzensizlikleri, erken uyanma, uyumama isteği ve çok uyku hali gibi uyku problemlerini de belirtmiştir. Postmenopozal kadınlar psikolojik problemleri; psikolojiyi yerden yere vurma, dışarı çıkmak istememe, saldırganlık, işe yaramazlık, kalitede düşme, herşeyden nem kapma, sinirlenecek bahane arama, herşeyden alınma, üzülme ve rahatsız olma, hiçbirşeyin anlamının, öneminin ve değerinin olmaması, sürekli ağlama durumu, ağlama krizleri, öfke, bağırma, çağırma, kavgacılık, eve karşı isyan, sürekli bir şikayet hali, memnuniyetsizlik, mutsuzluk, geleceğe umutla bakamama, çöküntü, karamsarlık, gerginlik, bunalım, duygusallık, içe kapanma, küçük birşeyi büyütüp sorun haline getirme, ruhsal bir çöküş, suçluluk, pişmanlık, kaygı, ruhun daralması, konuşmama, yemek yeme isteğinde değişiklik, önceden severek yapılan şeylerde azalma olarak açıklamıştır. Cinsellikle ilgili kadınlar yaşadıklarını sıfır cinsellik, kuruluk, cinsel ilişkide ağrı, zevk alamama, hissetmeme, cinsel isteksizlik, tatminde sıkıntılar, orgazm ve eşine verdiği tatminde değişiklikler olarak ifade ederken, sık idrara çıkma, idrar yaparken ağrı, uykudan

uyanıp idrara koşma gibi ifadelerle de üriner semptomlarını belirtmiştir. Menopoz döneminde yaşanan semptomlar temasında ayrıca kadınlar ciltte bozulma, ciltte değişimler, cildin eski güzelliğinin kalmaması, cilt parlaklığının azalması, cildin hızlı kırışması ve kurumması, cildin yaşlanması ve cildin sönük görünmesini yaşadığı cilt problemleri olarak açıklarken, kilo almaya bağlı vücut yapısının değişmesi, menopoz göbeği, beden yapısında bozulmalar ve kilo alıp verememe durumlarını da ifade etmiştir. Ilankoon ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan nitel bir araştırmada kadınlar menopoza vücudun çeşitli değişikliklere uğraması gereken bir yaşam aşaması olarak tanımlayıp enerji ve vücut gücü kaybı, kilo alma veya verme, aşırı terleme, uykululuk, yanma hissi, sinirlilik, unutkanlık, cinsel istekte azalma ve ilişki sırasında ağrı, saçlarda incelme, koyu lekeler ve kırışıklıklar gibi cilt değişiklikleri yaşadığını belirtmiştir. Nitel araştırmalarda kadınlar menopoz sürecinde fiziksel, psikolojik ve cinsel değişiklikler yaşadığını ifade etmiştir (Davis vd., 2021; Refaei vd., 2022; Uzun vd., 2023). Araştırma bulguları literatürle benzer olup menopoz döneminde yaşanan semptomlar ve şiddetini, östrojen hormonundaki değişiklikler, demografik özellikler, psikososyal ve çevresel faktörler, kültürel ve genetik faktörler, mevcut sağlık durumu, yaşam tarzı ve sosyoekonomik durumlar etkileyebilir.

Menopozda kadınlık algısı temasında postmenopozal kadınlar, kadın gibi giyinememe ve sslenmeme, kadınlık duygusuyla ilgili şeyleri yapmak istememe, kadınlık duygusunda eksiklik ya da kaybetme, çekiciliğin olmaması, kendi kendine şekilsiz gelme, kadınlık niyetinin olmaması, kadın olarak eksik, yetersiz ve isteksiz hissetme, kadınlıktan vazgeçme, seksi bulmama, kadınlığın geri plana atılması ve kadınsılık gösterememe şeklinde ifadelerle kadınlık algılarını belirtmiştir. Yapılan nitel bir araştırmada kadınların kendilerini menopozdan sonra daha az kadınsı hissettiği, erkeklere benzediği, genç bir kız gibi görünme ve davranma şeklinde kadınlık algısına ilişkin ifadeler bulunmuştur (Strezova vd., 2017). Menopoza yönelik bilgi, tutum ve algıyı araştıran bir çalışmada kadınların %30'unun menopozda kadınlık kaybı belirttiğini saptamıştır (Memon vd., 2014). Literatürle benzer sonucu olan bu araştırmada olumsuz kadınlık algısının nedeni menopozun etkisiyle yaşanan doğurganlığın sonlanması, ciltte, cinsellikte ve psikolojide yaşanan değişiklikler, kilo alma, beden imajında değişiklikler, toplumsal cinsiyet, kültürel ve dini faktörlerden kaynaklanabilir.

Menopozun günlük yaşama etkisi teması altında aile dinamiklerine etkisi ve sosyal çevreye etkisi başlıklı 2 alt tema bulunmaktadır. Menopozun aile dinamiklerine etkisine ilişkin kadınlar, yorgunluğa, halsizliğe ve uykusuzluğa bağlı ev işlerini yapamama ve işlerin aksaması, ateş basmalarına bağlı eş ile yaşanan sorunlar, eş ya da çocuk tarafından anlaşılammama, uykunun evde sorun olması, eş tarafından menopozun her yerde konuşulmasının yadırganması, uykuya geçiş sürecinde eşle problem yaşama ve menopozun etkisinin ev sorunları ile birleşip bunaltması şeklinde ifadeler kullanmıştır. Menopozun sosyal çevreye etkisine yönelik kadınlar, misafirin olduğu ortamda oturamama, yemek yiyememe ve utanma, terlemeye bağlı misafiri öpmeye ve sarılmaya zorluk, sosyal ortamlardan geri planda kalma isteği, ateş basması ve terleme nedeniyle herkesin yanında rahat edememe, yabancı erkek istememe, ateş basması nedeniyle dışarı çıkmak istememe, sosyal çevrede vantilatör sorgulama, arkadaşlarla buluşmada gün ışığına dikkate etme şeklinde ifadeleri belirtmiştir. Avustralya’da yapılan bir araştırmada birçok erkeğin menopoza giren kadınları (eşleri dahil) daha az kadınsı ve daha az çekici bulduğu, aile içi şiddetin ve sözlü, duygusal istismarın artabileceği, çiftler arasındaki boşanma oranının bu dönemde arttığına inanma, eşlerde anlayışsızlık ve daha genç kadınlarla ilişki arayışına girme isteği gibi durumlar saptanmıştır (Strezova vd., 2017). Bir araştırmada kadınlar menopozun sosyal etkisi eş ve çocuklar ile daha az vakit geçirme, işe gitmeye isteksiz olma, toplumdan soyutlanma, kapalı alanlarda kalamama şeklinde ifade edilmiştir (Uzun vd., 2023). Literatürle benzer sonucu olan bu araştırmada menopozun kadınların aile ve sosyal hayatına olumsuz etkisinin nedeni, sıcak basması, terleme gibi vazomotor semptomların şiddetli düzeyde yaşanması nedeniyle yaşanan uykusuzluk, halsizlik, yorgunluk ve bu semptomlarla etkin bir şekilde başedememe olabilir.

Menopozda başetme teması altında kadınlar, giyim tarzında değişiklik, iş yaparken hareketleri yavaşlatma, kalabalık ortamdan uzak durma, uyurken takıları çıkarma, tut bırak hareketi, karbonhidratlı, unlu ve yağlı gıdalardan kaçınma şeklinde yaşam tarzı değişikliğine ilişkin açıklama yaparken, su içme, buz torbası, duş alma, el-yüz yıkama, serin ortama geçme, pamuğu ıslatıp kafaya koyma, yelpaze ve vantilatörü serinletici uygulama olarak kullandıklarını ifade etmiştir. Kadınlar gezme, arkadaş toplantısı, alışveriş, tarlada, bağda, bahçede çalışma, yoğunluk, müzik dinleme, oynama, komşuya gitme, kurs, spor, çalışma ve aktivite şeklindeki

ifadelerle birşeylerle meşgul olup sorunlara odaklanmayarak menopoza sorunlarıyla başettiğini belirtirken, namazda ağlama, namazda dertleşme, namaz kılma, Kuran okuma, abdest alma ve dua etme gibi spiritüel uygulamalarla da başettiklerini ifade etmiştir. Kadınlar menopoza yaşadığı zorluklarla benzer deneyim yaşayan kadınlarla iletişim kurarak da başettiklerini belirtmiştir. Bu kapsamda postmenopozal kadınlar menopoza girmeyenlerle konuşmak istememe, menopoza girenlerle ortak deneyimleri paylaşma, akran desteği, menopoza giren insanlarla kıyaslama, menopoza girmiş kişiyle konuşma ve dertleşme şeklindeki ifadeleri kullanırken, polyanacılık oynama, pozitif bakma, gülme, kabullenme, zamanla geçeceğini düşünme, doğal bir süreç olduğunu düşünme, bu sıkıntıları bütün kadınların yaşadığını ve yalnız olmadığını bilme gibi olumlu düşünme yöntemini de sorunlarla başederken kullandıklarını açıklamıştır. Singapur’da yapılan bir araştırmada kadınlar kendini kontrol etme, ilaç ve takviye, doktora gitme, dua etme, diyet ve egzersiz gibi menopoza başetme yöntemlerini kullandığını belirtmiştir (Mackey vd., 2014). Uluslararası düzeyde yürütülen nitel bir araştırmada menopozdaki kadınlar kişisel fan, beslenme, beslenmede olumsuz tetikleyicilere farkındalık, ince giysi ve çıkarılabilir kıyafet, akranlarla konuşma ve egzersiz yöntemini başetmede kullandığını belirtmiştir (Cronin vd., 2022). Postmenopozal kadınlarla yürütülen nitel bir çalışmada kadınlar menopozla başetmede öz yönetim, dini uygulamalar, başka şeylere odaklanma, hayatın sonu olmadığı düşüncesi ve değer verilen şeylere devam etme yöntemlerini kullandığını ifade etmiştir (Ilankoon vd., 2021). Literatürle benzer sonucu olan bu araştırmada kadınlar menopoza semptomları ile başetmek için çeşitli yöntemler kullanmıştır. Bu yöntemlerin farklılığı, kadınların en çok sıkıntı yaşadığı menopoza semptomlarına göre değişmekle birlikte bireysel özellikler, mevcut sağlık durumu, sorunlarla başetme düzeyi, inancı, kararlılığı ve motivasyonu, psikososyokültürel ve dini faktörlerden etkilenebilir.

Menopozda beklentiler temasında kadınlar menopoza sürecinde gereksinim duyduğu konularda beklentilerini açıklamıştır. Bu kapsamda postmenopozal kadınlar evdekilerin ve çevredekilerin daha anlayışlı olmasını isterken, bu süreçte en çok anlaşılma isteğini yani empatiye ilişkin beklentilerde bulunmuştur. Ayrıca kadınlar hemşireden de beklentilerini açıklayan ifadeleri belirtmiştir. Bu doğrultuda kadınlar menopoza yaşadığı sorunların giderilmesi için bitkisel bir çözüm, bu süreci kolaylatmanın yolu, bilinmeyen konularda bilgilendirme, vajinal kuruluğa ve üşümelere

özüm, D vitamininin menopoza etkisi, doktora gitmeyi gerektirecek sıkıntılar, görülmeyen ve eksik tarafları söyleme, menopozun getirdiği dezavantajları ortadan kaldırma, menopozda kullanılan ilaçlar, sıcak basmaları için ne yapılmalı, ani yükselmeler, sinirler nasıl kontrol edilmeli, nasıl ferahlanabilir ve bu dönem asgari düzeyde nasıl atlatılabilir şeklindeki beklentileri ifade etmiştir. Orta yaş dönemi kadınlarla yapılan nitel bir araştırmada kadınlar fizyolojik ve psikolojik değışiklikler hakkında bilgiye ulaşma ihtiyacı, sempati ihtiyacı kapsamında karşı taraftan doğru geri bildirim alma ve duyguların ifade edilmesi için uygun koşulların oluşturulması, sosyal normlarda değışiklik beklentisi doğrultusunda orta yaş dönemindeki değışikliklerin toplum tarafından kabul edilmesi ve kadınlık kavramına yeni yaklaşım, cinsel ilişkiyi iyileştirme ihtiyacı kapsamında cinsel ilişkinin kalitesini artırma ve cinsel ilişkinin yeni yönlerine dikkat etme şeklinde beklentilerini ifade etmiştir (Reyhani, 2018). Yapılan bir araştırmada kadınlar menopoz sürecinde premenopoz, menopoz, menopozun etkisi, stresle başatme ve beslenmeye yönelik bilgi gereksinimi belirtmiştir (Uzun vd., 2023). Araştırma sonucu literatüre benzer olup bu araştırmada beklentiler, kadınların menopoza ilişkin yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal değışikliklerle başatme noktasında en çok gereksinim duyduğu konulardan etkilenmiş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Postmenopozal kadınlara Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı'nın (HİTSEY) uygulandığı karma yöntem araştırmasından elde edilen sonuçlar nicel ve nitel olmak üzere ayrı ayrı sunulmuştur ve bu sonuçlar doğrultusunda araştırmacılar tarafından sunulan öneriler bu bölümde yer almaktadır.

6.1. Nicel Sonuçlar

Karma yöntemler araştırmasından elde edilen nicel sonuçlar şu şekildedir;

- Deney grubunda yer alan postmenopozal kadınların HİTSEY sonrasında somatik şikayetleri kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.
- Deney grubundaki postmenopozal kadınların HİTSEY sonrasında psikolojik şikayetleri kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır.
- Deney grubundaki postmenopozal kadınların HİTSEY sonrasında ürogenital şikayetleri kontrol grubuna göre daha düşük belirlenmiştir.
- HİTSEY sonrasında deney grubundaki postmenopozal kadınların somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetlerin tamamı kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır.
- Deney grubundaki postmenopozal kadınların HİTSEY sonrasında uyku kalitesi kontrol grubuna göre daha iyi bulunmuştur.
- Araştırmada deney grubundaki postmenopozal kadınların uyku kalitesi arttıkça somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetlerin azaldığı saptanmıştır.

6.2. Nitel Sonuçlar

Karma yöntemler araştırmasından elde edilen nitel sonuçlar şu şekildedir;

- Kadınlar menopoş öncesi ve menopoş sonrasına ilişkin olumlu ya da olumsuz düşüncelere sahiptir.
- Postmenopozal kadınlar bu dönemde, vazomotor ve üriner semptomlar, uyku, psikolojik, cinsel, cilt ve kilo alma problemleri yaşamaktadır.
- Kadınlar menopoşda olumsuz kadınlık algısına sahiptir.

- Menopoz kadınların aile dinamiklerini ve sosyal çevresini olumsuz etkilemektedir.
- Postmenopozal kadınlar menopozda başetme yöntemi olarak yaşam tarzı değişikliği, serinletici uygulamalar, meşguliyet, spirütüel uygulamalar, benzer deneyim yaşayanlarla iletişim ve olumlu düşünme yöntemini kullanmaktadır.
- Menopoz sonrası kadınların beklentileri arasında empati ve hemşireden bilgilendirme yer almaktadır.

6.3. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Halk sağlığı ve kadın sağlığı alanlarında çalışan hemşirelerin, premenopozal, menopozal ve postmenopozal kadınlarda HİTSEY'i bireysel olarak online ya da yüz yüze uygulayabilmesi,
- Menopozal semptom yönetiminde hemşirelerin, menopoza ilişkin sağlık hizmetlerini desteklemesi, geliştirmesi, liderlik etmesi ve bu hizmetlerin bakımın tüm alanlarıyla entegre bir şekilde multidisipliner sağlık ekibi ile birlikte uygulaması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin menopoza yönelik sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında Hikaye Teorisi temelli sağlık eğitimi vermesi ve eğitime ailenin de katılması,
- Hemşirelerin premenopozal dönemdeki kadınları menopoza yönelik bilgilendirmek, sağlığına ilişkin karar almayı ve öz yeterliliği desteklemek için danışmanlık yapması,
- Hemşirelerin menopozal kadınlardan anamnez alırken kapsamlı değerlendirme için Hikaye Teorisini kullanması,
- Menopoz okullarında Hikaye Teorisine dayalı geliştirilen programların yürütülmesi,
- Postmenopozal kadınlarda Hikaye Teorisinin kullanıldığı deneysel çalışmaların yapılması,

- Menopozun etkilerine ilişkin geniş örneklerde daha kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Abdelaziz, E.M., Elsharkawy and N.B., Mohamed, S. M. (2022). The relationship between sleep quality and menopausal symptoms among postmenopausal women in saudi arabia. *Saudi Medical Journal*, 43(4), 341-347.
- Agarwal, A. K., Kiron, N., Gupta, R., Sengar, A. (2019). A cross sectional study for assessment of menopausal symptoms and coping strategies among the women of 40-60 years age group attending outpatient clinic of gynaecology. *International Journal of Medicine and Public Health*, 9(1), 13-19.
- Aghamohammadi, V., Salmani, R., Ivanbagha, R., Effati daryani, F. and Nasiri, K. (2020). Footbath as a safe, simple, and non-pharmacological method to improve sleep quality of menopausal women. *Research in Nursing & Health*, 43(6), 621-628.
- Ağargün, M. Y., Kara, H. ve Anlar, O. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 107-115.
- Ahmadieh, H. and Jradi, N. (2021). Prevalence of menopausal hot flashes in lebanon: a cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 19(9),789-800.
- Ahmady, F. and Niknami, M. (2022). Quality of sleep in women with menopause and its related factors. *Sleep Science*, 15(1), 209-114.
- Ahu, Aksoy Can, *Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Akupresürün Menopoz Semptomlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Mersin, 2022.
- Akın, B. ve Tanyer, D. (2021). SPIRIT 2013 bildirisi: klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1):117-127.
- Aksu, S. P. ve Erenel, A. Ş. (2023). Menopozal dönem semptomları ve hemşirelik bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 1-10.
- Albuquerque, G. P. M. D., Abrão, F. M. D. S., Almeida, A. M. D., Alves, D. L. R., Andrade, P. D. O. N. and Costa, A. M. D. (2019). Quality of life in the climacteric of nurses working in primary care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 154-161.
- Angelou, K., Grigoriadis, T., Diakosavvas, M., Zacharakis, D. And Athanasiou, S. (2020). The genitourinary syndrome of menopause: an overview of the recent data. *Cureus*, 12(4): e7586.
- Baker, F. C. (2023). Optimizing sleep across the menopausal transition. *Climacteric*, 26(3), 198-205.
- Ballot, O., Ivers, H., Ji, X. And Morin, C. M. (2022). Sleep disturbances during the menopausal transition: the role of sleep reactivity and arousal predisposition. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(4), 500-512.
- Barry, L. (2021). "Vasomotor chaos hot flashes and night sweats." Corinna, H. (ed.). in: *What fresh hell is this? perimenopause, menopause, other indignities, and you*. (s.155-165). New York: Hachette Book Group, Inc.

- Baysal, G. (2021). The relationship between menopausal complaints and sleep quality. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3), 1993-2000.
- Bekmezci, E. and Altuntuğ, K. (2020). Menopoz ile ilişkili semptomlara yönelik kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 167-174.
- Bimonte-Nelson, H. A., Bernaud, V. E. and Koebele, S. V. (2021). Menopause, hormone therapy and cognition: maximizing translation from preclinical research. *Climacteric*, 24(4), 373-381.
- Blümel, J.E. and Arteaga, E. (2017). "Clinical symptoms and quality of life: insomnia and muscle/joint aches." Cano, A. (ed.). in: *Menopause a comprehensive approach*. (s.79-91). Switzerland: Springer International Publishing.
- Bourgault, A. M. (2021). Could it be menopause?. *Critical Care Nurse*, 41(6), 7-10.
- Bremer, E.S. (2022). "Mood and cognition." Geraghty, P. (ed.). in: *Each woman's menopause: an evidence based resource*. (s. 217-257). Switzerland: Springer Nature.
- Brodziak, A., Wolinska, A. and Rozyk-Myrta, A. (2017). The story theory is a key element of many holistic nursing procedures. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 6(6), 1-3.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. and Kupfer, D. J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Cano, A. (2017). "Menopause: the concepts and the biological background." Cano, A. (ed.). in: *Menopause a comprehensive approach*. (s. 9-23). Switzerland: Springer International Publishing.
- Carpenter, J. S., Burns, D. S., Wu, J., Otte, J. L., Schneider, B., Ryker, K., Tallman, E. and Yu, M. (2013). Paced respiration for vasomotor and other menopausal symptoms: a randomized, controlled trial. *Journal Of General Internal Medicine*, 28(2), 193-200.
- Cetisli, N. E., Saruhan, A. and Kivcak, B. 2015. The effects of flaxseed on menopausal symptoms and quality of life. *Holistic Nursing Practice*, 29 (3), 151-157.
- Chuang, H. W., Kao, C. W., Lee, M. D. and Chang, Y. C. (2018). Effectiveness of story-centred care intervention program in older persons living in long-term care facilities: a randomized, longitudinal study. *PloS One*, 13(3), 1-14.
- Chon, S. J., Koh, Y. K., Heo, J. Y., Lee, J., Kim, M. K., Yun, B. H., Lee, B. S. and Seo, S. K. (2017). Effects of vitamin D deficiency and daily calcium intake on bone mineral density and osteoporosis in Korean postmenopausal woman. *Obstetrics & Gynecology Science*, 60(1), 53-62.
- Coslov, N. (2022). "Women's voices: the lived experience of the path to menopause" Geraghty, P. (ed.). in: *Each woman's menopause: an evidence based resource*. (s. 29-49). Switzerland: Springer Nature.
- Cox, S., Nasser, R., Rubin, R. S. and Santiago-Lastra, Y. (2023). Genitourinary syndrome of menopause. *Medical Clinics*, 107(2), 357-369.

- Creswell, J. W. (2014). "Qualitative methods." Creswell, J. W. (ed.). in: *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (s. 302-346). California: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2015). "Basic and advanced mixed methods designs." Creswell, J. W. (ed.). in: *A concise introduction to mixed methods research*. (s. 64-83). America: Sage Publications.
- Cresswell, J.W. ve Plano Clark, V.L. (2018). *Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütülmesi*. Yüksel Dede ve Selçuk Beşir Demir (çev.), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Creswell, J. W. (2019). *Karma yöntem araştırmalarına giriş*. Mustafa Sözbilir (çev.), Ankara: Pegem Akademi.
- Cronin, C., Bidwell, G., Carey, J., Donevant, S., Hughes, K. A., Kaunonen, M., Marcussen, J. and Wilson, R. (2023). Exploring digital interventions to facilitate coping and discomfort for nurses experiencing the menopause in the workplace: An international qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), 3760-3775.
- Cuschieri, S. (2019). The CONSORT statement. *Saudi journal of anaesthesia*, 13(1), 27-30.
- Darehzereshki, S., Dehghani, F. and Enjebab, B. (2022). Mindfulness-based stress reduction group training improves of sleep quality in postmenopausal women. *BMC psychiatry*, 22(1), 254.
- Dautovich, N.D., Riedy, D.R., Ghose, S.M. and MacPherson A.R. (2022). "Sleep disruption." Geraghty, P. (ed.). in: *Each woman's menopause: an evidence based resource*. (s. 189-217). Switzerland: Springer Nature.
- Davis, S. R., Herbert, D., Reading, M. and Bell, R. J. (2021). Health-care providers' views of menopause and its management: A qualitative study. *Climacteric*, 24(6), 612-617.
- de Santiago Nogueira, C. M. C., Silva, B. D. D. S., Costa, H. M. G. S., de Alcantara, J. R., Morais, F. R. R., Ferreira Barros, R. J. M. L., Melo Rabelo, S.M.F., Pererira, E.V., Paiva Cavalcanti, J. R. L., Fernandes, N. T. and de Melo Fialho, A. V. (2022). Clinical profile and quality of life in climacteric women. *BMC nursing*, 21(1), 1-11.
- de Sousa, M. M. P., dos Santos Lima, N., de Souza, C. E. A., de Souza, A. C. and Oliveira, G. S. (2023). Climate and menopause: nursing assistance to women's health in primary care. *Health and Society*, 3(2), 55-71.
- Dündar, T., Toptaş, B. ve Karaçam, Z. (2020). Menopozal semptom yönetiminde sarı kantaron kullanımı: sistematik derleme. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 10(2), 258-268.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2023). Menopause. Erişim: 14 Mayıs 2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021). Prevention and management of osteoporosis: report of a WHO scientific group. Erişim: 30 Mayıs 2023, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42841>

- Poff Allison, Edmonds, *Exploring Women's Life Course Experiences With Weight Using Story Theory*, University of Central Florida, Doctoral Dissertation, Florida 2011.
- Ebru Gözüyeşil, *40-60 Yaş Grubu Kadınlara Uygulanan Ayak Refleksolojinin Vazomotor Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Kayseri 2014.
- El-hawy L.L., AbdAllah, A. M., Bayomi, M. and El Maghawry, H. A. (2023). Educational intervention on adopting health promotion lifestyle among Egyptian post-menopausal females. *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 41(3), 193-201.
- El Khoudary, S. R. (2023). The menopause transition: a critical stage for cardiovascular disease risk acceleration in women. *Menopause*, 30(5), 556-558.
- Elif Gizem, Balci, *Postmenopozal Dönemdeki Sağlıklı Kadınlarda Telerehabilitasyon Yöntemi ile Uygulanan Egzersiz Eğitiminin Menopozal Semptomlar, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi*, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara 2021.
- Ellington, K., Link, T. and Saccomano, S. J. (2022). Menopause: a primary care perspective. *The Nurse Practitioner*, 47(2), 16-23.
- Engin, B. ve Kartal, Y. A. (2020). Menopozal semptomlar ile başetmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(2), 80-87.
- Eubanks, A. (2023). Hormone therapy: menopausal hormone therapy. *FP essentials*, 531, 15-21.
- Eyimaya, A. Ö. and Tezel, A. 2021. The effect of nursing approaches applied according to meleis' transition theory on menopause-specific quality of life. *Health Care For Women International*, 42(1), 107-126.
- Fallahipour, L., Nazari, M., Karimi, M. and Zare, E. (2022). Effectiveness of educational intervention based on transtheoretical model on physical activity and menopausal symptoms. *BioMed Research International*, <https://doi.org/10.1155/2022/1791445>
- Fetters, M. D. and Molina-Azorin, J. F. (2019). A checklist of mixed methods elements in a submission for advancing the methodology of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 13(4), 414–423.
- Fırat, B. Ö. ve Aslan, E. (2022). Menopoz semptomlarına özgü güncel kanıt temelli uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1609-1618.
- Flagg, F. (2021). "Moods, feelings, mental health impacts, and trauma." Corinna, H. (ed.). in: *What fresh hell is this? perimenopause, menopause, other indignities, and you*. (s.165-196). New York: Hachette Book Group, Inc.
- Flores, V. A., Pal, L. and Manson, J. E. (2021). Hormone therapy in menopause: concepts, controversies, and approach to treatment. *Endocrine reviews*, 42(6), 720-752.

- Garcia, M. C., Kozasa, E. H., Tufik, S., Mello, L. E. A. and Hachul, H. (2018). The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (mrti) on postmenopausal women: a pilot study. *Menopause*, 25(9), 992-1003.
- Geraghty, P. (2022a). "History and overview of the menopause experience." Geraghty, P. (ed.). in: *Each woman's menopause: an evidence based resource*. (s. 3-29). Switzerland: Springer Nature.
- Geraghty, P. (2022b). "Vasomotor symptoms." Geraghty, P. (ed.). in: *Each woman's menopause: an evidence based resource*. (s. 169-189). Switzerland: Springer Nature.
- Georgakis, M. K., Beskou-Kontou, T., Theodoridis, I., Skalkidou, A. and Petridou, E. T. (2019). Surgical menopause in association with cognitive function and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 9-19.
- Green, W. (2020). "Understanding menopause." Green, W. (ed.). in: *100 tips to help you through the menopause*. (s.7-25). London: Summersdale Publishers.
- Gürkan, C. (2005). Menopoz Semptomlarını değerlendirme ölçeğinin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği, *Hemşirelik Forumu*, 30-5.
- Habeeb, S. (2022). HRT in menopause & role of nurse. *Journal of Physical Medicine Rehabilitation Studies & Reports*, 4(2), 1-3.
- Hawthorne, D. M., Joyner, R., Gaucher, E. and Liehr, P. 2021. Death of an infant: accessing the voices of bereaved mothers to create healing a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 229-238.
- Hengel, K. M. O., Soeter, M., in der Maur, M., van Oostrom, S. H., Loeff, B. And Hooftman, W. E. (2023). Perimenopause: symptoms, work ability and health among 4010 Dutch workers. *Maturitas*, 107793.
- Ibrahim, A. I., Sodipo, O. O. and Oduniyi, O. A. (2023). Risk factors for osteoporosis among postmenopausal women in a Nigerian teaching hospital. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(6), 1145-1149.
- Ilankoon, I. M. P. S., Samarasinghe, K. and Elgán, C. (2021). Menopause is a natural stage of aging: a qualitative study. *BMC women's health*, 21, 1-9.
- İkışık, H., Turan, G., Kutay, F., Karamanlı, D. C., Gülen, E., Özdemir, E., Taşdemir M. and Maral, I. 2020. Awareness of menopause and strategies to cope with menopausal symptoms of the women aged between 40 and 65 who consulted to a tertiary care hospital. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1), 10-21.
- İlksen Orhan, *Menopozal Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Malatya, 2020.
- Joyce, M. (2015). Using narrative in nursing research. *Nursing Standard*, 29(38), 36-41.
- Kafaei-Atrian, M., Sadat, Z., Nasiri, S. and Izadi-Avanji, F. S. (2022). The effect of self-care education based on self-efficacy theory, individual empowerment model, and their integration on quality of life among menopausal women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 10(1), 54-63.

- Kamp, E., Ashraf, M., Musbahi, E. and DeGiovanni, C. (2022). Menopause, skin and common dermatoses. part 2: skin disorders. *Clinical and Experimental Dermatology*, 47(12), 2117-2122.
- Karacan, S. ve Günay, M. (2003). Aerobik antrenman programının menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler risk faktörlerine etkisi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(3), 257-273.
- Kasano, J. P. M., Crespo, H. F. G., Arias, R. A. R. and Alamo, I. (2023). Genitourinary syndrome in menopause: Impact of vaginal symptoms. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 20(1), 38-45.
- Kaur, S., Asha, M. and Lal M. (2019). A Quasi experimental study to assess the effectiveness of yoga on Menopausal Symptoms among post Menopausal women in selected areas of Punjab. *International Journal of Advances in Nursing Management*, 7(2), 117-124.
- Kaur, S. and Sidhu, G.K. (2017). Quasi-experimental study to evaluate the effectiveness of soya powder on selected menopausal problems among perimenopausal women in selected rural areas of ludhiana. *Punjab Asian Journal of Nursing Education and Research*, 7(4), 524-528.
- Keene, C. (2021). "Guts to gonad digestive, urinary, and genital impacts." Corinna, H. (ed.). in: *What fresh hell is this? perimenopause, menopause, other indignities, and you*. (s. 214-241). New York: Hachette Book Group, Inc.
- Kelley, M. and Lowe, J. (2012). The health challenge of stress experienced by native american adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 71-73.
- Khan, A. H., Jafri, L., Ahmed, S. and Noordin, S. (2018) Osteoporosis and its perspective in Pakistan: a review of evidence and issues for addressing fragility fractures. *Ann Med Surg (Lond.)* 29:19-25.
- Kılınç, K. Ö. and Demirbağ, B. C. (2022). Nursing care based on story theory. *Journal of Education & Research in Nursing*, 19(2), 257-261.
- Kim, H., Jung, J. H., Han, K., Lee, D. Y., Fava, M., Mischoulon, D. and Jeon, H. J. (2023). Ages at menarche and menopause, hormone therapy, and the risk of depression. *General Hospital Psychiatry*, 83, 35-42.
- Koçak, D. Y. and Beji, N. K. (2019). Effect of health promoting lifestyle education program on reducing the menopausal symptoms of women in Turkey, *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 850-860.
- Koçoğlu, F., Kocaöz, S., Kara, P. and Aşçı, Ö. (2022). Relationship between menopausal symptoms and sleep quality in women during the climacteric period: a cross-sectional study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(6), 2393-2398.
- Krasniqi, M. V., Ibishi, G. and Krasniqi, L. (2023). Mental health and menopause. *Maturitas*, 173, 99.
- Kundu, S. and Acharya, S. S. (2023). Linkage of premature and early menopause with psychosocial well-being: a moderated multiple mediation approach. *BMC psychology*, 11(1), 1-14.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575.

- Lee, J., Han, Y., Cho, H.H. and Kim, M.R. (2019). Sleep disorders and menopause. *Journal of Menopausal Medicine*, 25(2), 83-87.
- Lee, P. S., Tsao, L. I., Lee, C. L. and Liu, C. Y. 2021. The effect of the electronic platform of menopausal health screen system and counseling intervention on the empowerment of menopausal women: a quasi-experimental study. *Health Care for Women International*, 42(1), 127-142.
- Lee, J., Han, Y., Cho, H. H. And Kim, M. R. (2019). Sleep disorders and menopause. *Journal of Menopausal Medicine*, 25(2), 83-87.
- Lee, H., Fawcett, J. and DeMarco, R. (2016). Storytelling/narrative theory to address health communication with minority populations. *Applied nursing research*, 30, 58-60.
- Lenz, S.G. (2022a). "The symptoms of menopause." Lenz, S.G. (ed.). in: *Menopause bootcamp*. (s.54-145). United Kingdom: HarperCollins Publishers.
- Lenz, S.G. (2022b). "The basics." Lenz, S.G. (ed.). in: *Menopause bootcamp*. (s. 25-35). United Kingdom: HarperCollins Publishers.
- Lephart, E. D. and Naftolin, F. (2021). Menopause and the skin: old favorites and new innovations in cosmeceuticals for estrogen-deficient skin. *Dermatology and Therapy*, 11, 53-69.
- Li, J., Luo, M., Tang, R., Sun, X., Wang, Y., Liu, B., Cui, J., Liu, G., Lin, S. and Chen, R. (2020). Vasomotor symptoms in aging chinese women: findings from a prospective cohort study. *Climacteric*, 23(1), 46-52.
- Liehr, P. R. and Smith, M. J. (2018). "Story theory." Smith, M. J., Liehr, P.R. (eds.). in: *Middle range theory for nursing*. (s. 241-265). New York: Springer Publishing Company.
- Liehr, P., Meininger, J. C., Vogler, R., Chan, W., Frazier, L., Smalling, S. and Fuentes, F. (2006). Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with stage 1 hypertension. *Applied Nursing Research*, 19(1), 16-21.
- Liehr, P. and Smith, M. J. (2023). Story theory. Smith, M. J., Liehr, P., Carpenter, R.D. (eds.).in: *Middle range theory for nursing*. (s.191-211). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Liehr, P. and Smith, M. J. (2020). Claiming the narrative wave with story theory. *Advances in Nursing Science*, 43(1), 15-27.
- Lira-Silva, E., del Valle Mondragón, L., Pérez-Torres, I., Posadas-Sánchez, R., Gómez, F. J. R., Posadas-Romero, C. and Pavón, N. (2023). Possible implication of estrogenic compounds on heart disease in menopausal women. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 162, 114649.
- Liu, J., Xia, R. L., Li, C., Song, Q., Cui, X. L. and Chao, A. J. (2023). The prevalence of osteoporosis in postmenopausal women in urban Tianjin, China and its related factors. *Menopause*, 30(7), 774-780.
- Llaneza, P. (2017). "Clinical symptoms and quality of life: hot flashes and mood." Cano, A. (ed.). in: *Menopause a comprehensive approach*. (s.69-79). Switzerland: Springer International Publishing.

- Lu, X., Liu, L. and Yuan, R. (2020). Effect of the information support method combined with yoga exercise on the depression, anxiety, and sleep quality of menopausal women. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 380-388.
- Lukas, V.A. and Simon, J.A. (2017). "Management of genitourinary syndrome of menopause (gsm)." Pal, L., Sayegh, R.A. (eds.). in: *Essentials of menopause management a case-based approach*. (s. 129-145). Switzerland: Springer International Publishing.
- Lynch, J. (2020a). "About the menopause." Lynch, J. (ed.). in: *The happy menopause*. (s. 15-23). UK and USA: Watkins Media Limited.
- Lynch, J. (2020b). "Common symptoms and how to manage them." Lynch, J. (ed.). in: *The happy menopause*. (s. 43-196). UK and USA: Watkins Media Limited.
- Mackey, S., Teo, S. S. H., Dramusic, V., Lee, H. K. and Boughton, M. (2014). Knowledge, attitudes, and practices associated with menopause: a multi-ethnic, qualitative study in Singapore. *Health care for women international*, 35(5), 512-528.
- Madsen, T. E., Sobel, T., Negash, S., Shrout Allen, T., Stefanick, M. L., Manson, J. E. and Allison, M. (2023). A review of hormone and non-hormonal therapy options for the treatment of menopause. *International Journal of Women's Health*, 15, 825-836.
- Malik, E., Sheoran, P. and Siddiqui, A. (2018). Health-promoting behaviors and menopausal symptoms: an interventional study in rural India. *Journal of Mid-life Health*, 9(4), 200.
- Manson, J. E., Bassuk, S. S., Kaunitz, A. M. and Pinkerton, J. V. (2020). The women's health initiative trials of menopausal hormone therapy: lessons learned. *Menopause*, 27(8), 918-928.
- Mehta, J., Kling, J. M. and Manson, J. E. (2021). Risks, benefits, and treatment modalities of menopausal hormone therapy: current concepts. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 564781.
- Memon, F. R., Jonker, L. and Qazi, R. A. (2014). Knowledge, attitudes and perceptions towards menopause among highly educated Asian women in their midlife. *Post Reproductive Health*, 20(4), 138-142.
- Merrill, D.M. (2020). "The range of women's experiences." Merrill, D.M. (ed.). in: *Mastering menopause women's voices on taking charge of the change*. (s. 33-55). California: ABC-CLIO, LLC.
- Minkin, M.J., Reiter, S. and Maamari, R. (2015). Prevalence of postmenopausal symptoms in north america and europe. *Menopause*, 22(11), 1231-1238.
- Minkin, M.J. (2017). "Sexuality, sexual dysfunction, and menopause." Pal, L., Sayegh, R.A. (eds.). in: *Essentials of menopause management a case-based approach*. (s. 165-173). Switzerland: Springer International Publishing.
- Mishra, G.D. (2017). "Menopause, a stage in the life of women." Cano, A. (ed.). in: *Menopause a comprehensive approach*. (s. 3-9). Switzerland: Springer International Publishing.

- Moradi, M., Noori, R., Khajavian, N., Basiri-Moghadam, K. And Sadeghmoghadam, L. (2021). The effect of sleep health education based on telephone follow-up (tele-nursing) on sleep quality improvement in postmenopausal elderly women. *Journal of Sleep Sciences*, 5(3), 86-92.
- Mukherjee, A. (2021). "What is menopause?." Mukherjee, A. (ed.). in: *The complete guide to the menopause*. (s. 13-20). United Kingdom: Vermilion.
- Nagata, C., Wada, K., Yamakawa, M., Nakashima, Y., Sugino, M. and Mori, T. (2023). Sleep duration and the onset of menopause in Japanese women. *Menopause*, 30(4), 437-440.
- Nappi, R.E., Kroll, R., Siddiqui, E., Stoykova, B., Rea, C., Gemmen, E., Schultz, N.M. (2021). Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*, 28(8), 875-882.
- Noble, N. (2018). Symptom management in women undergoing the menopause. *Nursing Standard*, 32(22), 53-63.
- Noble, N. And Holloway, D. (2019). "The menopause." Holloway, D. (ed.). in: *Nursing management of women's health*. (s. 193-215). Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Olufunke, A. M., Kayode, O. S. and Funmilayo, O. E. (2023). Menopause Transition: an Emerging Public Health Concern and the Role of Nurses. *NursRxiv*, (2). doi:10.12209/issn2708-3845.20230209003.
- Ozcan, H., Çolak, P., Oturgan, B., Gülsever, E. (2019). Complementary and alternative treatment methods for menopausal hot flashes used in Turkey. *African Health Sciences*, 19(4). 3001-3008.
- Özcan, H., Dinçer, Y., Yiğitbaş, Ç. And Jama, Y. M. (2023). The psychological dimension of menopause among Somalia women: phenomenological study. In *Women's Studies International Forum*, 99, 102733.
- Pace, D. T., Chism, L. A., Graham, S. and Amadio, J. (2020). How nurse practitioners approach treatment of genitourinary syndrome of menopause. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(2), 136-142.
- Perks, J. M, *The Use of Story Theory Based Unfolding Case Study and Learning Styles On Knowledge Integration of Baccalaureate Nursing Students*", Widener University, Doctoral Dissertation, America, Pennsylvania 2017.
- Phillips, N. A., and Bachmann, G. A. (2021). The genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*, 28(5), 579-588.
- Pinkerton, J. V., Conner, E. A. and Kaunitz, A. M. (2019). Management of menopause and the role For hormone therapy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(4), 677-686.
- Pinkerton, J. V. (2020). Hormone therapy for postmenopausal women. *New England Journal of Medicine*, 382(5), 446-455.
- Pillay, O. C. and Manyonda, I. (2022). The surgical menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 111-118.

- Polat, F. ve Aylaz, R. (2020). Pender'in sağlığı geliştirme modeli temelli, menopoza dönemindeki kadınların semptomlarla başetmesinde fiziksel egzersizin desteklenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 150-61.
- Praveena, K. R. and Sasikumar, S. (2021). Application of Colaizzi's method of data analysis in phenomenological research. *Med Leg Updat*, 21(2), 914-918.
- Rateau, M. R. (2017). An analysis of stories from those who have encountered catastrophic loss from flood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 561-565.
- Rathnayake, N., Alwis, G., Lenora, J. and Lekamwasam, S. (2019). Impact of health-promoting lifestyle education intervention on health-promoting behaviors and health status of postmenopausal women: a quasi-experimental study from Sri Lanka. *BioMed Research International*, <https://doi.org/10.1155/2019/4060426>.
- Reich, J. and Michaels, C. (2012). Becoming whole: the role of story for healing. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 16-23.
- Reis, A. R., Santos, R. K. F., Dos Santos, C. B., da Cruz Santos, B., de Carvalho, G. B., Brandão-Lima, P. N. and Pires, L. V. (2023). Supplementation of vitamin D isolated or calcium-associated on bone remodeling and fracture risk in postmenopausal women without osteoporosis: A systematic review of randomized clinical trials. *Nutrition*, 116, 112151.
- Refaei, M., Mardanpour, S., Masoumi, S. Z. and Parsa, P. (2022). Women's experiences in the transition to menopause: a qualitative research. *BMC Women's Health*, 22(1), 53.
- Reyhani, M., Kazemi, A., Keshvari, M. and Farajzadegan, Z. (2018). Sexual expectations and needs of middle-aged women: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 7. doi: 10.4103/jehp.jehp_155_17
- Rosado, C., Antunes, F., Barbosa, R., Fernando, R., Estudante, M., Silva, H. N. and Rodrigues, L. M. (2017). About the in vivo quantitation of skin anisotropy. *Skin Research and Technology*, 23(3), 429-436.
- Roshtawar, S. (2021). "Bodies, skin, and looks." Corinna, H. (ed.). in: *What fresh hell is this? perimenopause, menopause, other indignities, and you*. (s. 241-270). New York: Hachette Book Group, Inc.
- Rostkowska, E., Poleszak, E., Wojciechowska, K. and Dos Santos Szewczyk, K. (2023). Dermatological management of aged skin. *Cosmetics*, 10(2), 55.
- Rotem, M., Kushnir, T., Levine, R. and Ehrenfeld, M. (2005). A psychoeducational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *JOGNN*, 34(2), 233-240.
- Ryczkowska, K., Adach, W., Janikowski, K., Banach, M. and Bielecka-Dąbrowa, A. (2023). Menopause and women's cardiovascular health: is it really an obvious relationship?. *Archives of Medical Science*, 19(2), 458-466.
- Said, S. A. H., Ragab, H. R. M., Araby, O. A. E. W. A., Sarhan, A. E. M. And AbdelHady, R. M. (2022). Application of an educational program on self-efficacy of women at climacteric period: utilization of precede-proceed model. *Journal of Positive School Psychology*, 6(6) 5131-5147.

- Shin, H. and Lee, E. (2020). Factors influencing quality of life in post-menopausal women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 26(4), 336-345.
- Simangunsong, D. E., Siregar, M. F. G., Triyoga, R. S. and Lubis, R. (2017). The impact of premenopausal empowerment model based health belief model to changes in physical activity levels in controlling complaints of perimenopausal women in pematangsiantar city, indonesia. *Giorn. It. Ost. Gin*, 39(4/5), 181-92.
- Da Silva, A. S., Baines, G., Araklitis, G., Robinson, D. and Cardozo, L. (2021). Modern management of genitourinary syndrome of menopause. *Faculty Reviews*, 10(25).
- Schneider, H. P., Heineman, L. A., Rosemeier, H. P., Potthoff, P. and Behre, H. M. (2000). The menopause rating scale (mrs) reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*, 3(1), 59-64.
- Shah, N. and Ariel, D. (2023). The role of menopausal hormone therapy in the prevention and treatment of low bone density in perimenopausal and postmenopausal women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 35(2), 141-149.
- Sharma, S., Bashir, S., Tandon, V. R. and Mahajan, A. (2023). Skin & Menopause. *JK Science: Journal of Medical Education & Research*, 25(3), 133-134.
- Shieu, M. M., Braley, T. J., Becker, J. and Dunietz, G. L. (2023). The interplay among natural menopause, insomnia, and cognitive health: a population-based study. *Nature and Science of Sleep*, 15, 39-48.
- Shifren, J. L., Crandall, C. J. and Manson, J. E. (2019). Menopausal hormone therapy. *Jama*, 321(24), 2458-2459.
- Smith, M. J. and Liehr, P. (2010). "Mary jane smith and patricia liehr's story theory". Parker, M. E., Smith, M. C. (eds). in: *Nurse theories nursing practice*. (s. 439-451). America: F. A. Davis Company.
- Smith, M. J. and Liehr, P. (2005). Story theory: Advancing nursing practice scholarship. *Holistic Nursing Practice*, 19(6), 272-276.
- Soares, C. N. (2023). Menopause and mood: the role of estrogen in midlife depression and beyond. *Psychiatric Clinics*, 46(3), 463-473.
- Sophia, C. M., Marngar, J., Mol, S., D'Souza, V. and Frank, R. W. (2022). Menopausal symptoms and coping strategies among menopausal women in selected hospital at mangaluru. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 23(1), 102-105.
- Strezova, A., O'Neill, S., O'Callaghan, C., Perry, A., Liu, J. and Eden, J. (2017). Cultural issues in menopause: an exploratory qualitative study of macedonian women in Australia. *Menopause*, 24(3), 308-315.
- Stritch, E. (2021). "The menopausal transition when, why, how, where, and what the literal hell." Corinna, H. (ed.). in: *What fresh hell is this? perimenopause, menopause, other indignities, and you*. (s.54-78). New York: Hachette Book Group, Inc.
- Sözer, G. A. and Ege, E. (2021). Menopoz semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitesini artırmak: ilerleyici kas gevşeme egzersizleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 179-188.

- Sunny, S. and Raman, A. V. 2022. Effect of a nurse-led educational programme on knowledge and practice in the management of menopausal problems among rural women. *Primary Health Care*, 32(5).
- Susanti, H. D., Sonko, I., Chang, P. C., Chuang, Y. H., Chung, M. H. 2022. Effects of yoga on menopausal symptoms and sleep quality across menopause statuses: a randomized controlled trial. *Nursing & Health Sciences*, 24, 368-379.
- Şener, N. and Taşhan, S. T. (2021). The effects of mindfulness stress reduction program on postmenopausal women's menopausal complaints and their life quality. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 45, 101478.
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: physiology and symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 3-7.
- Tandon, V. R., Sharma, S., Mahajan, A., Mahajan, A. and Tandon, A. (2022). Menopause and sleep disorders. *Journal of Mid-life Health*, 13(1), 26-33.
- Teskereci, G. ve Özerli, A. (2021). Menopozda semptom yönetiminde aromaterapi: literatür derleme. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(3), 411-419.
- Theeke, L. A. and Mallow, J. A. (2015). The development of listen: a novel intervention for loneliness. *Open Journal of Nursing*, 5(2), 136-143.
- Thorat, S. A. (2022). Community-Based study on knowledge regarding menopause and coping strategies for menopausal symptoms in the field practice area of a medical college. *Education*, 60(32), 27-58.
- Tong, A., Sainsbury, P. and Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (coreq): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality In Health Care*, 19(6), 349-357.
- Torkelson, C. and Marienau, C. (2023a). "Postmenopause restore balance." Torkelson, C., Marienau, C. (eds.). in: *Beyond menopause new pathways to holistic health*. (s. 27-50). London: CRC Press.
- Torkelson, C. and Marienau, C. (2023b). "Bone health build your core" Torkelson, C., Marienau, C. (eds.). in: *Beyond menopause new pathways to holistic health*. (s. 141-155). London: CRC Press.
- Uzun, S., Ozcan, H. and Jones, D. (2023). The psychological dimension of menopause: a phenomenological study: being menopause in Turkey: a qualitative study. *Current Psychology*, 42(13), 10498-10507.
- Walter, S. M. (2017). The experience of adolescents living with headache. *Holistic Nursing Practice*, 31(5), 280-289.
- Wang, C. C. and Geale, S. K. (2015). The power of story: narrative inquiry as a methodology in nursing research. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 195-198.
- Wasserman, M. C. and Rubin, R. S. (2023). Urologic view in the management of genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric*, 26(4), 1-7.
- Williams, L. A. (2007). Whatever it takes: informal caregiving dynamics in blood and marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum*, 34(2), 379-387.

- Wilkinson, H. N. and Hardman, M. J. (2021). A role for estrogen in skin ageing and dermal biomechanics. *Mechanisms of Ageing and Development*, 197, 111513.
- Dam, V., Van Der Schouw, Y. T., Onland-Moret, N. C., Groenwold, R. H., Peters, S. A., Burgess, S. and Butterworth, A. (2019). Association of menopausal characteristics and risk of coronary heart disease: a pan-European case-cohort analysis. *International Journal of Epidemiology*, 48(4), 1275-1285.
- Vatankhah, H., Khalili, P., Vatanparast, M., Ayoobi, F., Esmaeili-Nadimi, A. and Jamali, Z. (2023). Prevalence of early and late menopause and its determinants in Rafsanjan cohort study. *Scientific Reports*, 13(1), 1847.
- Yanikkerem, E., Esmeray, N. and Balık, Ö. (2022). The benefits of planned education for women with hearing impairments on the symptoms in the climacteric period. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(2), 152-161.
- Ye, M., Shou, M., Zhang, J., Hu, B., Liu, C., Bi, C., LV, T., Luo, F., Zhang, Z., Liang S., Feng, H., Qian, C., Cao, S. and Liu, Z. (2022). Efficacy of cognitive therapy and behavior therapy for menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(3), 433-445.
- Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.
- Yu, Q., Chae, H.D., Hsiao, S.M., Xie, J., Blogg, M., Sumarsono, B. and Kim, S. (2022). Prevalence, severity, and associated factors in women in east asia with moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause. *Menopause*, 29(5), 553-563.
- Zolfaghari, S., Yao, C., Thompson, C., Gosselin, N., Desautels, A., Dang-Vu, T. T. and Carrier, J. (2020). Effects of menopause on sleep quality and sleep disorders: canadian longitudinal study on aging. *Menopause*, 27(3), 295-304.
- Zouboulis, C. C., Blume-Peytavi, U., Kosmadaki, M., Roó, E., Vexiau-Robert, D., Kerob, D. and Goldstein, S. R. (2022). Skin, hair and beyond: the impact of menopause. *Climacteric*, 25(5), 434-442.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışmada menopoza özgü yapılacak eğitim, görüşmeler ve nefes egzersizinin sıcak basması, terleme ve uyku kalitesine etkisini değerlendirmek amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın her aşamasında kişisel bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir. Gizliliği sağlamak amacıyla ad-soyad gibi kişisel bilgileriniz alınmayacaktır. Araştırma sürecinde bilgi almak için aşağıda belirtilen kişilerle bağlantı kurmanız yeterli olacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Birsen ALTAY

Arş. Gör. Emel GÜVEN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

baltay@omu.edu.tr, emel.guven@omu.edu.tr

Tel: 0362 312 19 19/ 6384

Çalışmaya katılmayı onaylıyorum Evet () Hayır ()

1. Yaşınız?.....
2. Boy?.....
3. Kilo?.....
4. Medeni durumunuz? Evli() Bekar()
5. Eğitim durumunuz nedir? İlköğretim() Ortaöğretim() Lise() Üniversite()
6. Çalışıyor musunuz? Evet() Hayır()
7. Sosyal güvenceniz var mı? Var() Yok()
8. Gelir durumunuz? Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla ()
9. Aile tipiniz nedir? Çekirdek aile() Geniş aile() Parçalanmış aile()
10. Kiminle beraber yaşıyorsunuz? Aile() Arkadaş() Yalnız()
11. Yaşadığınız yer? İl() İlçe() Köy()
12. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz? Evet() Hayır() Kısmen()
13. Yeterli dengeli besleniyor musunuz? Evet() Hayır() Kısmen()

14. Kronik hastalığınız var mı? Var() Yok()
15. Sigara kullanıyor musunuz? Evet() Hayır()
16. Sıcak basmasını ne kadar süredir yaşıyorsunuz?.....
17. Menopoza yönelik doktora gittiniz mi? Evet() Hayır()
18. Menopoza yönelik eğitim aldınız mı? Evet() Hayır()
19. Uyku sorunu yaşıyor musunuz? Evet() Hayır() Kısmen()



Ek 2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

Sevgili hanımlar. Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR	Hiç yok (0)	Hafif (1)	Orta (2)	Şiddetli (3)	Çok şiddetli (4)
Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)					
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)					
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)					

İlginiz ve yardımlarınız için çok teşekkürler

Ek 3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? Saat.....
 2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?.....
 3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Saat.....
 4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) Saat.....
- Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
d. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				
e. Aşırı derecede üşüdünüz				
f. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
g. Kötü rüyalar gördünüz				
h. Ağrı duydunuz				
i. Diğer neden(ler) Lütfen belirtiniz.....				
j. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?				

6. Geçen ay uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?
1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü
7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
1. Hiç 2. 1'den az 3. 1-2 kez 4. 3'den fazla
8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
1. Hiç 2. 1'den az 3. 1-2 kez 4. 3'den fazla

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

1. Hiç problem oluşturmadı 2.Yalnızca çok az problem oluşturdu
3.Bir dereceye kadar problem oluşturdu. 4.Çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok 2. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var 3. partneri aynı odada, fakat aynı yatakta değil 4.Partner aynı yatakta

11. Eğer bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız varsa ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a. Gürültülü horlama				
b.Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
c. Uyurken bacaklarda seyirme veya sıçrama				
d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e. Diğer huzursuzluklarınız				

Ek 4. Hikaye Teorisi Temelli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Giriş (Kendini Tanıtma-Amaç Belirtme)

Merhaba, Ben Emel GÜVEN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.

Kadınların menopoz sonrası dönemde yaşadığı sıcak basması, yüz kızarması, gece terlemesi ve uyku kalitesine eğitimin, görüşmelerin ve nefes egzersizlerinin etkisini araştırıyorum. Bu görüşme ile menopoz sonrasında görülen sıcak basması, yüz kızarması, gece terlemesi ve uyku problemlerini sizlerin deneyimlerinizden öğrenerek ihtiyaç analizi yapmayı planlıyorum. Bu analizin sonuçları doğrultusunda eğitim programı hazırlanacaktır. Bu konu ile ilgilenen eğitimcilere, meslektaşlarıma, diğer sağlık çalışanlarına konu ile ilgili veri sağlarken, konu ile ilgili toplumsal farkındalığa da katkıda bulunmayı amaçlıyorum.

Görüşmemiz tahminen 25-30 dakikanızı alacaktır. İzniniz olursa görüşmeyi kayıt etmek istiyorum. Bu şekilde söylediklerinizi yazarken vakit kaybetmemiş olacağım. Çünkü her söylediğiniz kelime çok değerli ve söyledikleriniz ile birlikte nerede duygu yoğunluğu yaşıyorsunuz bunu unutmak istemiyorum. Bu görüşme sırasında söyleyeceğiniz her şey sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve araştırma sonuçları yazılırken kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır. Bu çalışmanın sonucunda elde ettiğimiz bilgiler yalnız akademik yayın amacı ile kullanılabilir. Verdiğiniz bilgiler diğer katılımcıların verdiği bilgilerle birlikte değerlendirilecek, hiçbir yerde adınız geçmeyecektir. Bunun sizin açınızdan bir sakıncası var mıdır? İzin vermediğinizde söylediklerinizi not alacağım ve görüşmeyi kayıt etmeyeceğim.

Araştırmaya katılmanız bütünüyle gönüllü olmanıza bağlıdır. Araştırmaya devam etmek istemezseniz istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bu formu okuyup onaylamanız, ya da sorulara yanıt vermeniz araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu araştırmada yer aldığınız için teşekkür ederim. Görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa yanıtlarım. İzin verirsiniz görüşmeyi başlatmak istiyorum.

GÖRÜŞME SORULARI

- 1.Menopoza girmeden önce menopoz sizin için ne anlam ifade ediyordu?
- 2.Menopoza girmeden önce bir kelime ile menopoza tanımlayacak olsaydınız nasıl tanımlardınız?
- 3.Menopoza girdiğinizde ilk nasıl hissettiniz?
- 4.Menopoz döneminde ilk hangi rahatsızlık veren belirtileri yaşadınız?
- 5.Menopozda şu anda yaşadığınız zorlayıcı deneyimler nelerdir?
- 5.1.Yaşadığınız bu zorlayıcı deneyimlere yönelik düşünceleriniz nelerdir?
- 5.2.Yaşadığınız bu zorlayıcı deneyimlere yönelik duygularınız nelerdir?
- 6.Menopoza girdikten sonra bir kelime ile menopoza tanımlayacak olsaydınız nasıl tanımlardınız?
- 7.Şu anda en çok sıkıntı yaşadığınız ve sizin için önemli olan menopoza yönelik zorluklar nelerdir?
- 8.Geçmişte menopoza verdiğiniz anlam ile şu anki menopoza verdiğiniz anlam arasında nasıl bir değişim oldu?
- 9.Menopoz sonrasında hayatınızı nasıl tanımlarsınız?
- 10.Menopozdan sonra bir kadın olarak kendiniz hakkındaki görüşlerinizde ne gibi değişiklikler oldu?
- 11.Menopozun size getirdiği zorluklarla nasıl baş ediyorsunuz?
- 11.1.Kullandığınız bu yöntemlerin etkili olup olmaması konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
- 12.Menopozla ilgili zorluklarınızla baş ederken nasıl bir desteğe gereksinim duyuyorsunuz?
- 13.Hemşire olarak size nasıl yardımcı olabilirim?

Kapanış

Sizin için zor bir dönem olduğunu tahmin edebiliyorum buna rağmen duygu ve düşüncelerinizi benimle paylaştınız. Size bu içten paylaşımınız için çok teşekkür ederim. Benim bu çalışmaya ilişkin soracağım sorular bu kadar. Görüşme boyunca bu konuda atladığım veya sizin benimle paylaşmak istediğiniz ya da eklemek istediğiniz başka bir konu varsa dinlemeye hazırım. Gerekli olması durumunda sizinle tekrar görüşebilir miyiz? Tekrar katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

Ek 5. Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programı (HİTSEY)

Oturuma İlişkin Hikaye Teorisi Kavramları	Oturumun Amacı	Oturum İçeriği, Ünite ve Konu Başlıkları	Öğrenme Ürünü	Oturum Sayısı ve Süresi	Yöntem	Açıklama
Amaçlı Diyalog	Programın amacının açıklanması ile birlikte kadınlarla diyalogu başlatmak ve menopoz dönemi farkındalığını artırmaktır.	Nefes egzersizi İlgili ön testlerin ve formların doldurulması Tanışma Programın tanıtımı Etkin dinleme Öneri ve görüşlerin alınması	1-8	1 (25-30 dk)	Aktif dinleme Soru cevap Gösterip yaptırma Sunum Video Eğitim kitapçığı	Program öncesi yapılması gereken test ve formlar açıklanarak, uygulanır. Oturuma başlamadan önce kadınların rahatlamalarını ve diyafram nefesi farkındalığını sağlamak için 5 dk nefes egzersizi yaptırılır. Diyafram nefesinin önemi anlatılır. Bu egzersizin program sürecinde günde 3-4 kez 5-10 dakika yaptığı egzersizleri kayıt etmeleri için kadınlardan nefes günlüğü tutmaları istenir. Program boyunca nefes egzersizleri ile ilgili farkındalık oluşturacak görsel materyaller whatsapp üzerinden bireysel olarak paylaşılarak kadınların deneyimleri görüşleri ve sorularının paylaşımı sağlanır. Programın amacı, süresi, uygulama şekli hakkında bilgiler verilir. Aktif dinlemenin önemi açıklanır. Kadınların soruları, öneri ve görüşleri cevaplandırılır. Eğitim kitapçığı paylaşılır.
ARA (5 dk)						

		Bireysel görüşme				Kadınlarla yapılan Hikaye Teorisine dayalı bireysel görüşmede menopoza girmeden önce ne anlam ifade ettiği ve kelime olarak nasıl tanımlandığı, menopoz dönemine girdiğinde ilk nasıl hissettiği ve menopozda ilk hangi rahatsızlık veren belirtileri yaşadığı sorgulanır.
Amaçlı Diyalog	Kadınlara kendi menopoza hikayelerini anımsatarak bu döneme ilişkin bilgi düzeyini ve farkındalığını artırmaktır.	Nefes egzersizi Ünite: Menopoz Dönemi Konu Başlıkları Kadının yaşam evreleri Menopoz ve fizyolojisi Menopozun evreleri Premenopozal ve menopozal dönemde görülen semptomlar	7,8-11	2 (25-30 dk)	Aktif dinleme Sunum Soru cevap Gösterip yaptırma Maket Beyin fırtınası Video	Oturuma başlamadan önce kadınların rahatlamalarını ve diyafram nefesi farkındalığını sağlamak için 5 dk nefes egzersizi yaptırılır. Kadının bebeklik döneminden yaşlılık dönemine kadar yaşadığı evreler açıklanır. Menopozun tanımı açıklanır, menopozun fizyolojisi sunum, video ve maket ile anlatılır. Premenopoz, menopoz ve postmenopoz dönemleri anlatılır. Premenopozal ve menopozal dönemde yaşanan semptomlar anlatılır.
Kendisi İle Bağ Kurma	Kadınların şu anda yaşadıkları menopoza hikayelerinden yola çıkarak kendisi ile bağ kurmasını sağlamaktır.	Nefes egzersizi Bireysel görüşme Hikaye Yolu Yaklaşımı 3D Farkındalık Atölyesi	7,8	3 (25-30 dk)	Aktif dinleme Soru cevap Gösterip yaptırma	Oturuma başlamadan önce kadınların rahatlamalarını ve diyafram nefesi farkındalığını sağlamak için 5 dk nefes egzersizi yaptırılır. Kadınlarla yapılan Hikaye Teorisine dayalı bireysel görüşmede menopozda şu anda yaşadığı zorlayıcı deneyimler, bu deneyimlere yönelik düşünceler ve

					duygular, menopoza girdikten sonra menopoza kelime olarak nasıl tanımladığı, şu anda en çok sıkıntı yaşadığı ve önemli olan zorluklar, geçmişte menopoza verilen anlam ile şu anki anlam arasında nasıl bir değişim olduğu, menopoz sonrasında hayatı nasıl tanımladığı ve menopozdan sonra bir kadın olarak kendi hakkındaki görüşlerinde ne gibi değişiklikler olduğu sorgulanır. Hikaye Yolu Yaklaşımı: Kadınların kendisi ile bağ kurmalarını sağlayarak menopoz semptomları ile ilgili geçmiş ve şimdiki yaşananları, gelecekteki umutları ve beklentilerini anlaması için Hikaye Yolu Yaklaşımı kullanılır. Hikaye Yolu kağıt üzerinde geçmiş, şimdiki ve gelecek zamanı gösterecek bir çizgi ile çizilir. Hemşire kadınların şu anda menopoz semptomları hakkında en çok sıkıntı yaşadığı ve en önemli olan sorunu konuşmasını ister. Daha sonra hemşire geçmişe giderek mevcut semptomları ile ilgili hangi olayların olduğunu sorar. Son olarak, hemşire mevcut sağlık sorunu bağlamında umutları ve beklentilerini sorar. 3D (Düşünce-Duygu-Deneyim) Farkındalık Atölyesi: Hemşire kadınların menopoz hikayelerine yönelik düşüncelerini, duygularını ve deneyimlerini sorgular.
--	--	--	--	--	---

						Hemşire bu atölyede menopoza özgü hikayeleri düşünce, duygu ve deneyim boyutlarında ayrı ayrı değerlendirir. Her bir boyut için kadınların menopoza özgü netleştirdiği anlamları bir kağıda yazması istenir.
Kendisi İle Bağ Kurma	Kadınlara postmenopozal dönem hikayelerini anımsatarak bu döneme ilişkin bilgi düzeyini ve farkındalığını artırmaktır.	Nefes egzersizi Ünite: Postmenopozal Dönem Konu Başlıkları Postmenopozal dönemin özellikleri Postmenopozal dönemde görülen semptomlar Vazomotor semptomlar Uyku problemleri Vazomotor semptomlar ve uyku ilişkisi	7,8,12,13	4 (25-30 dk)	Aktif dinleme Sunum Soru cevap Gösterip yaptırma Beyin fırtınası Video	Oturuma başlamadan önce kadınların rahatlamalarını ve diyafram nefesi farkındalığını sağlamak için 5 dk nefes egzersizi yaptırılır. Görsel materyaller (video vs.) kullanılarak postmenopozal döneme ilişkin özellikler anlatılır. Postmenopozal dönemde görülen semptomlar ve görülme sıklığı hakkında bilgi verilir. Vazomotor semptomlar ve uyku problemleri kadınların menopoz hikayelerinden örneklerle birlikte anlatılır.
Kolaylaştırma	Kadınların menopoz semptomlarında kullandıkları baş etme yöntemleri ve etkililiği öğrenilerek semptom yönetimini kolaylaştırmaktır.	Nefes egzersizi Bireysel görüşme	7,8	5 (25-30 dk)	Aktif dinleme Soru cevap Gösterip yaptırma	Oturuma başlamadan önce kadınların rahatlamalarını ve diyafram nefesi farkındalığını sağlamak için 5 dk nefes egzersizi yaptırılır. Kadınlarla yapılan Hikaye Teorisine dayalı bireysel görüşmede, menopozda yaşanan zorluklarla nasıl başedildiği, kullanılan bu yöntemlerin etkili olup

						olmadığı, bu zorluklarla başederken nasıl bir desteğe gereksinim duyduğu ve hemşire olarak nasıl yardımcı olunacağı sorgulanır.
Kolaylaştırma	Kadınlara postmenopozal dönem semptomlarında kullandıkları baş etme yöntemlerini anımsatarak bu yöntemlere ilişkin bilgi düzeyini ve farkındalığını artırıp semptom yönetimini kolaylaştırmaktır.	Nefes egzersizi Ünite: Postmenopozal Dönem Semptomları ile Baş Etme Yöntemleri Konu Başlıkları Genel baş etme yöntemleri Vazomotor semptomlarla baş etme yöntemleri Uyku problemleri ile baş etme yöntemleri Vazomotor belirti ve uyku problemleri ile baş etmede nefes egzersizlerinin önemi Programın değerlendirilmesi	7,8, 14-18	6 (25-30 dk)	Aktif dinleme Sunum Soru cevap Gösterip yaptırma Beyin fırtınası Video	Oturuma başlamadan önce kadınların rahatlamalarını ve diyafram nefesi farkındalığını sağlamak için 5 dk nefes egzersizi yaptırılır. Postmenopozal dönemde cinsel yaşam, beslenme, üriner sistem ve egzersiz konularında genel baş etme yöntemleri anlatılır. Vazomotor belirti ve uyku problemleri ile baş etmede etkili yöntemler anlatılır. Vazomotor belirti ve uyku problemleri ile baş etmede nefes egzersizlerinin önemi anlatılır. Kadınların öğrendikleri baş etme yöntemlerini uygulamaları ve kullandıkları baş etme yöntemlerini günlük not almaları istenir. Edinilen deneyimler paylaşılır, kazanımlar ifade edilir. Programa genel bir değerlendirme yapılarak program sürecine ilişkin eleştiri görüş ve öneriler alınır. Menopoza yönelik alınan bu eğitimin kadınların yaşadığı zorluklarla baş etmesini nasıl etkilediği sorgulanır. Program sonrası yapılması gereken test ve formlar açıklanarak, uygulanır.

Programın Hedefleri-Öğrenme Ürünleri

1. Katılımcılar birbirlerini tanır.
2. Etkin dinlemenin önemini ve iletişim engellerini fark eder.
3. Etkin dinleme becerisinin anlamını açıklar.
4. Etkin dinleme becerisi gösterir.
5. Diyafram kasının solunum sistemindeki önemini anlar ve diyafram nefesinin önemini kavrar.
6. Diyafram nefes egzersizlerinin insan sağlığı üzerindeki etkilerini bilir ve nasıl yapıldığını açıklar.
7. Nefes egzersiz uygulamalarına yönelik farkındalık kazanır.
8. Diyafram nefes egzersizlerini uygular.
9. Kadının yaşam evrelerini bilir.
10. Menopoz döneminin fizyolojisini anlar ve menopozun evrelerini ifade eder.
11. Premenopozal ve menopozal dönemde görülen semptomları sayar.
12. Postmenopozal dönemin özelliklerini bilir ve belirtilerini ifade eder.
13. Postmenopozal dönemde vazomotor semptomlar ve uyku ilişkisini kavrar.
14. Postmenopozal dönemde genel baş etme yöntemlerini bilir ve uygular.
15. Vazomotor belirtilerle baş etme yöntemlerini bilir ve uygular.
16. Postmenopozal kadınlarda yaşanan uyku sorunlarına yönelik çözümleri anlar ve uygular.
17. Katılımcılar program sürecinde meydana gelen bilgi, farkındalıklarını ve becerilerini ifade eder.
18. Katılımcılar program hakkındaki görüş ve önerilerini ifade eder.

Ek 6. Eğitim Kitapçığı



Ek 7. Etik Kurul Onayı



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
30.04.2021	04	2021/363

KARAR NO: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Emel GÜVEN 'in Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında "Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor Belirtiler ve Uyku Kalitesine Etkisi" isimli doktora tezine ilişkin anket, ölçek ve ses kaydı analizi çalışmalarını içeren 11970 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Emel GÜVEN 'in Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında "Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Semptom Yönetim Programının Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor Belirtiler ve Uyku Kalitesine Etkisi" isimli doktora tezine ilişkin anket, ölçek ve ses kaydı analizi çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek 8. Kurum İzni



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-26521195-604.02.02
Konu : Arş.Gör. Emel GÜVEN'in Doktora
Tez Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nin 12/11/2021 tarihli ve 61646299-147434 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Emel GÜVEN'in Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında yürüteceği **"Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Nefes Egzersiz Programının Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor Belirtiler ve Uyku Kalitesine Etkisi"** konulu tez çalışmasını yapması "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Müdürlüğümüz ile imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm.Dr.Hüseyin Yalçın
BÜYÜKKARABACAK
İl Sağlık Müdürü V.

Ek: Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu

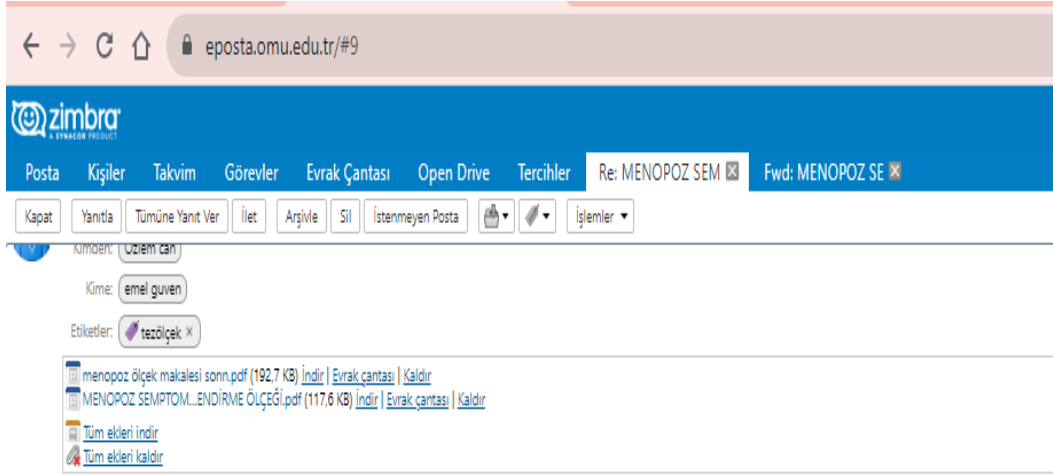
Dağıtım:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü
Samsun Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
Samsun Atakum İlçe Sağlık Müdürlüğü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-icisye>
Al-Ge ve Sağlık Bakanlığı Bileşiği
Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN Dahili: 3102
Telefon: Faks No: 03624405899
e-Posta: seda.hakyemez@saglik.gov.tr İnternet Adresi: argesamsunsaglik55@gmail.com
Bilgi için: SEDA HAKYEMEZ
HEMŞİRE
Telefon No: (0 362) 311 25 00



Ek 9. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



Merhaba Emel,

"Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği"ni çalışmada kullanmandan memnuniyet duyarım. Size ekte ölçekle ilgili dosyaları gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim. İyi günler.

Doç.Dr. Özlem CAN GÜRKAN
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD

Başıbüyük Mah. Mahepe Başıbüyük Yolu Sk. No:9/4/Kat:2
Mahepe /İstanbul / Türkiye
Posta Kodu: 34584

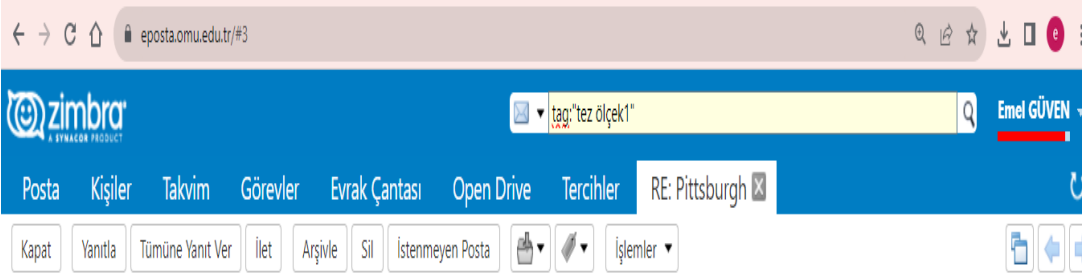
Tel: +90 216 459 45 34 Dahili:1223

Virüs bulunmuyor. www.avg.com

Emel GÜVEN <emel.guven@omu.edu.tr>, 8 Nis 2021 Per, 13:57 tarihinde şunu yazdı:
Sayın hocam, merhaba

"Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Nefes Egzersiz Programının Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor Belirtiler ve Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmamda Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum.

Ek 10. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Kullanım İzni



The screenshot shows an email client interface. The top bar includes navigation icons and the URL 'eposta.omu.edu.tr/#3'. The email header shows the subject 'RE: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni Hk.' and the sender 'Emel GÜVEN'. The email body contains the following text:

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

Below the email body, the 'From' field shows 'Emel GÜVEN <emel.guven@omu.edu.tr>', the 'Sent' field shows 'Tuesday, April 6, 2021 10:49 PM', the 'To' field shows 'Mehmet Yücel AĞARGÜN <mehmet.agargun@medipol.com.tr>', and the 'Subject' field shows 'Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni Hk.'.

The email body text is as follows:

Sayın hocam merhaba,

"Hikaye Teorisine Dayalı Geliştirilen Nefes Egzersiz Programının Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor Belirtiler ve Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmamda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksini izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

Ek 11. Araştırmacının Yetkinlik Belgeleri





Certificate



EDUCERT

NEFES KOÇLUĞU

BREATH COACHING

Sayın Emel GÜVEN

T.C. Kimlik No: 28957849978

S.E.M. Akademi tarafından Uluslararası Eğitim standartları ve kriterleri gözetilerek düzenlenen yüz yüze eğitim dahil toplam 50 Saat kapsamı bulunan "Nefes Koçluğu Sertifika" programına katılıp eğitimlerinde başarılı olmuş ve yapılan sınavı geçerek bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

Participates in the "Breath Coaching Certificate" program, which covers 50 hours of training including face-to-face trainings, organised by S.E.M. Academy considering the international education standards and criterias, and has been awarded this certificate by passing the exam.

EDU/001001/16397

2021

EDUCERT



TRAINING SYSTEM
APRIL 2020-10
NAC-003-10

Sertifika sorgu : www.educert.com.tr

KATILIM BELGESİ

◆ *Emel GÜVEN* ◆

9-10-16. Eylül 2017 tarihlerinde gerçekleştirilen 20 saatlik “IBM SPSS Uygulamalı İstatistik Eğitimi”ni tamamlayarak 1.Ekim.2017- 1.Nisan.2018 tarihleri arasında www.eistatistik.com üzerinden online uygulamalı istatistik eğitimi almaya hak kazanmıştır.

KATILIM BELGESİ

◆ *Emel GÜVEN* ◆

21-22 Temmuz 2018 tarihlerinde Samsun'da düzenlenen 16 saatlik "IBM SPSS Uygulamalı İleri Düzey İstatistiksel Veri Analizleri Kursu"nu tamamlayarak 01 Ağustos 2018-01 Şubat 2019 tarihleri arasında www.eistatistik.com üzerinden online uygulamalı istatistik eğitimi almaya hak kazanmıştır.

KATILIM BELGESİ

◆ *Emel GÜVEN* ◆

27-28 2019 tarihlerinde Samsun'da düzenlenen 16 saatlik G*Power Uygulamalı Örnek Genişliği ve Güç Analizi Eğitimini tamamlayarak Mayıs-Kasım 2019 tarihleri arasında www.eistatistik.com üzerinden online danışmanlık desteği almaya hak kazanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Emel GÜVEN, Tokat Anadolu Lisesi'ni bitirdikten sonra Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden 2015 yılında mezun olmuştur. 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans programından mezun olduktan sonra aynı yıl Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik alanında doktora programına başlamıştır. Lisans mezuniyetinden sonra Zile Devlet Hastanesinde 6 ay dahiliye hemşiresi olarak çalıştıktan sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında 2016 yılından itibaren araştırma görevlisi olarak görev yapan Emel GÜVEN iyi derecede İngilizce bilmektedir (YDS:71,25).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0001-6105-4385

Yayınlar:

- 1.Güven, E., & Altay, B. (2020). Ebelik Öğrencilerinin Kadına Uygulanan Şiddete ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 191-200.
- 2.Güven, E., & Altay, B. (2020). Hemşirelik Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Aile İçi Şiddete Yönelik Tutumlarının ve Akademik Özyeterlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 214-221.
- 3.Güven, E. (2021). Kültürel Marjinalite Teorisi ve Hemşirelikte Kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 245-251.
- 4.Güven, E., & Altay, B. (2022). Investigation of Anxiety, Depression and Sexual Life Quality In Women With The Diagnosis of Breast Cancer. *Progress in Health Sciences*, 12(1), 53-59.
- 5.Güven, E., & Avcı, İ. A. (2022). Halk Sağlığı Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Topluma Sağlık Eğitimi Vermeye Yönelik Düşünceleri ve Önerileri. *Journal Of Nursology*, 25(2), 89-94.
6. Güven, E., & Altay, B. (2023). The Level of Fear Experienced By The Individuals And Their Applications To Health Institutions During The Covid-19 Pandemic. *Omega-Journal Of Death And Dying*, 87(2), 649-664.

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

- 1.Gençlik Farkında Tema Fikri Proje Yarışmasında İkincilik Ödülü, Gazi Üniversitesi, 2018