



**T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KADIN SAĞLIĞI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal
Destek, Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesi**

Yüksek Lisans Tezi

Safiye Gülbahar YALÇIN

Çankırı 2022

**Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek, Anksiyete
Düzeyi ve Yaşam Kalitesi**

Safiye Gülbahar YALÇIN

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülcihan YILDIRIM**

Çankırı 2022

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 198208001 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Safiye Gülbahar YALÇIN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek, Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesi” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi : 27.06.2022

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülcihan YILDIRIM
Çankırı Karatekin Üniversitesi

.....
İmza

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Esra ARSLAN GÜRCÜOĞLU
Çankırı Karatekin Üniversitesi

.....
İmza

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Semra KOCAÖZ
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

.....
İmza

Yukarıdaki sonucu
onaylarım

İmza
Prof. Dr. Özcan ÖZKAN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek, Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
Tarih
Öğrencinin Adı Soyadı

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemim boyunca, desteğini ve emeğini esirgemeyen, yoğunluğuna rağmen bana vakit ayıran, bilgi ve deneyimlerini paylaşan danışman hocam, Sayın Prof. Dr. Gülcihan YILDIRIM'a,

Lisansüstü eğitimim süresince bilgilerini esirgemeyen kıymetli hocalarım Doç. Dr. Demet AKTAŞ'a, ve Dr. Öğr. Üyesi Sakine YILMAZ'a,

Hayatımın her aşamasında kızları olmaktan gurur duyduğum, varlıklarıyla bana güç veren ve çalışmalarım sürecinde beni sonuna kadar destekleyen aileme,

Beraber başladığımız yüksek lisans eğitimi boyunca bilgi ve önerileriyle bana katkı sağlayan sevgili arkadaşım Melek KÖK'e, tanıştığım andan itibaren her konuda manevi desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Elif YILMAZ'a

Sinop Ayancık Devlet Hastanesi Dahiliye Servisi ekip arkadaşlarıma ve araştırmama katılmayı kabul eden tüm katılımcılara

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
ETİK BEYANNAMESİ.....	iii
ÖN SÖZ.....	iv
KISALTMALAR VE SEMBOLLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırma Soruları.....	3
1.3. Sınırlılıklar	3
1.4. Sayıtlar	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Menopoz Dönemi.....	5
2.1.1. Menopozal Dönemin Tanımı	5
2.1.1.1. Premenopozal Dönem	6
2.1.1.2. Menopozal Dönem.....	6
2.1.1.3. Postmenopozal Dönem.....	6
2.1.2. Menopoz Çeşitleri	7
2.1.2.1 Başlangıç yaşına göre.....	7
2.1.2.2 Oluş biçimine göre.....	7
2.1.3. Menopozal Dönem Fizyolojisi	7
2.1.4. Menopoza Girme Yaşı	8
2.1.5. Menopozal Dönemde Görülen Sorunlar	9
2.1.5.1. Siklus Bozuklukları.....	10
2.1.5.2. Vazomotor Semptomlar	10
2.1.5.3. Psikolojik Sorunlar	12
2.1.5.4. Uyku Sorunları	13
2.1.5.5. Sindirim Sorunları	14
2.1.5.6. Ürogenital Sorunlar.....	15
2.1.5.7. Saç ve Derideki Değişimler	16
2.1.5.8. Merkezi Sinir Sistem Sorunları	17
2.1.5.9. Kardiyovasküler Değişiklikler	18
2.1.5.10. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	18
2.2. Menopozal Dönemde Tedavi	20
2.2.1. Hormon Replasman Tedavisi	20
2.2.2. Hormon Dışı Tedaviler	21
2.2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemler	21
2.3. Anksiyete	23
2.3.1. Menopoz Sürecindeki Kadınlarda Anksiyete İle İlgili Çalışmalar	24
2.4. Sosyal Destek Kavramı	25
2.4.1. Sosyal Destek Türleri.....	26
2.4.2. Sosyal Destek Kaynakları	27

2.4.3. Sosyal Destek İşlevleri	28
2.4.4. Algılanan Sosyal Destek	29
2.4.5. Menopoz ve Algılanan Sosyal Destek	29
2.5. Yaşam Kalitesi	30
2.5.1. Menopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi.....	31
2.6. Menopozal Dönemde Hemşirelik Bakımı.....	32
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	37
3.5. Veri Toplama Araçları	37
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	37
3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	37
3.5.3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)	38
3.5.4. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	39
3.5.5. Verilerin Toplanması	40
3.5.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	40
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	65
EK 1 : KİŞİSEL BİLGİ FORMU	66
EK 2 : ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)	67
EK 3 : MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (MÖYKÖ).....	68
EK 4 : BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE).....	69
EK 5 : ETİK KURUL SONUÇ FORMU	70
EK 6 : SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİN BELGESİ.....	71
EK 7 : AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....	72
EK 8 : ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

APA	: American Psychological Association
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikülü Stimüle Edici Hormon
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
LH	: Luteinize Edici Hormon
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
NCCIM	: National Chamber of Commerce and Industry of Malaysia (Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)
RCOG	: Royal College of Obstetricians And Gynaecologists
SHBG	: Seks Hormonunu Bağlama Özelliğine Sahip Olan Globülün
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TJOD	: Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

α : Cronbach alfa katsayısı

N: Evren hacmi

n: Örneklem hacmi

p: Görölme sıklığı

r: Korelasyon katsayısı



TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1: Ürogenital Atrofi Semptomları	16
Tablo 4.1: Menopoz Dönemindeki Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	41
Tablo 4.1: Menopoz Dönemindeki Kadınları Sosyodemografik Özellikleri (devamı)	43
Tablo 4.2: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ), Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği (MÖYKÖ) ve Beck anksiyete envanterinin (BAE) güvenilirlik düzeylerinin incelenmesi	44
Tablo 4.3: ÇBASDÖ ve MÖYKÖ'den Alınan Puanlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	45
Tablo 4.4: ÇBASDÖ ve BAE' den Alınan Puanlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	46
Tablo 4.5: MÖYKÖ ve BAE'den Alınan Puanlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	47
Tablo 4.6: ÇBASDÖ-MÖYKÖ'nün Tüm Boyutlarından Alınan Puanların BAE'nin Anksiyete Düzeylerine Göre Dağılımı	47

Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek, Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesi

ÖZET

YALÇIN, Safiye Gülbahar. Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek, Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2022.

Araştırma menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteği, anksiyete düzeyini ve menopoza özgü yaşam kaliteleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya Sinop Atatürk Devlet Hastanesi ve Sinop Ayancık Devlet Hastanesinde görev yapan kadın personel ile hastaneye başvuran ve tedavi alan hastaların ziyaretçileri ve refakatçileri arasından dahil edilme kriterlerine uygun 150 kadın katılmıştır. Veriler; kişisel bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak yüzdelik dağılım, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada ölçekler arasındaki ilişki incelendiğinde; ÇBASDÖ alt boyutları ile MÖYKÖ arasında psikososyal ve fiziksel alan yaşam kalitesi ile anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Vazomotor alan ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeyleri ile ÇBASDÖ alt boyutları arasında anlamlı olarak ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ölçekler arasındaki ilişkinin kısmi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça menopoza özgü yaşam kalitesi psikososyal ve fiziksel alanda artarken, vazomotor ve cinsel alan yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir. ÇBASDÖ puanı ile BAE düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. MÖYKÖ'den alınan puan ile BAE düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini arttırmak için anksiyete azaltılmalı ve sosyal destek artırılmalıdır. Bu nedenle menopoz dönemindeki kadınlara gerekli olan eğitim ve danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Menopoz, Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi

Social Support, Anxiety Level and Quality of Life Perceived by Menopausal Women

SUMMARY

YALÇIN, Safiye Gülbahar. Social Support, Anxiety Level and Quality of Life Perceived by Menopausal Women, (Master's Thesis), Çankırı, 2022.

The research was carried out to determine the relationships between perceived social support, anxiety level and menopausal women's quality of life. The female staff working at Sinop Atatürk State Hospital and Sinop Ayancık State Hospital, and the visitors and attendants of the patients who applied to the hospital and received treatment, who met the inclusion criteria 150 women participated in the study. The data; personal information form was collected using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Menopause-Specific Quality of Life Scale (MSQLS), and the Beck Anxiety Inventory (BAI). In the evaluation of the data; Percentage distribution, mean, standard deviation, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis analysis and correlation analysis were used as descriptive statistics.

When the relationship between the scales is examined in the research, it was determined that there was a significant and negative relationship between the sub-dimensions of the MSPSS and the MSQLS, with psychosocial and physical domain quality of life ($p<0.05$). It was determined that there was no relationship between the vasomotor domain and sexual domain quality of life and MSPSS subdimensions ($p>0.05$). It was determined that the relationship between the scales was at a partial level. As the perceived social support level of women increased, menopause-specific quality of life increased in psychosocial and physical domains, while vasomotor and sexual domains did not affect their quality of life. A significant and negative correlation was found between MSPSS score and BAI levels ($p<0.05$). It was determined that as the perceived social support level of women increased, their anxiety levels decreased. A significant and positive relationship was found between the MSQLS score and the BAI levels ($p<0.05$). It was determined that as the menopausal quality of life of women increased, their anxiety levels decreased. In order to increase the quality of life of women in the menopause period, anxiety should be reduced and social support should be increased. For this reason, necessary education and counseling services should be provided to women in the menopausal period.

Keywords: Anxiety, Menopause, Social Support, Life Quality

1. GİRİŞ

İnsan yaşamı oldukça uzun bir dönemdir. Bu nedenle insan yaşamını ele alırken belirli dönemlere ayrılarak incelenmesi gerekmektedir. İnsan yaşamının her döneminin farklı özellikleri bulunmakta olup, bu evrelerde organizmada birtakım değişimler meydana gelmektedir (Özgen, 2020). Kadın yaşamı beş farklı gelişim döneminden meydana gelmektedir. Bu dönemler; çocukluk, ergenlik, üreme/cinsel olgunluk, klimakterik ile yaşlılık dönemi olarak ifade edilmektedir. Her bir dönemin kadınlarda fiziksel ve duygusal açıdan farklı oluşumları beraberinde getirdiği görülmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Söz konusu gelişim ve değişim evrelerinde kadınların yaşamlarında ciddi değişimler meydana gelmekle beraber, özellikle kadınlarda en fazla değişim klimakterium aşamasında meydana gelmektedir (Notelovitz, 2005).

Menopoz dönemi klimakterium dönemi içerisinde bir dönem olup kadınların bir yıl boyunca adet görmemeleri olarak açıklanır. Menopoz kavramının kökeni de Yunanca'da "kesilme" ve "ay" sözcüklerinden türetildiği belirtilmektedir (İntepe, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre menopoz; ovaryum aktivitesinin tamamen sona ermesi, buna paralel olarak menstruasyonun kalıcı bir biçimde sona ermesi şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1996). Menopoz dönemi kadınlarda normal bir biyolojik süreç olarak değerlendirilmektedir. Ancak radyasyona, kemoterapiye ya da cerrahi işlemlere maruz kalma sonunda da over fonksiyonlarında kayıplar gerçekleşebilmektedir (Ardahan ve Acar, 2009; Harlow ve Signorello, 2000).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2018 yılında hazırlanan rapora göre, Türkiye'de kadınların ortalama yaşam süresi 80.8 yıl olmakla beraber, nüfusun %49.8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Kadın nüfusu arasında en yüksek orana %21.5 ile 45-64 yaş aralığındaki kadınların sahip olduğu, kadınların %8.7'sinin 65-84 yaş aralığında yer aldığı ve 85 yaş grubunun üzerindeki kadın oranının %1 olduğu görülmektedir (Yılmaz, 2019). Türkiye'de kadınların menopoza girme yaşlarına ilişkin ortalamanın 47 yaş olduğu belirtilmektedir. Bu kapsamda kadınlar

yaşamlarının yaklaşık olarak üçte birini menopoza döneminde geçirmektedir (Dinçer ve Çağlar, 2016). Söz konusu zaman dilimi insan yaşamında önemli bir süreç olduğu için kadınların menopoza sürecinde karşılaşacakları sorunlar ile baş etmeyi öğrenmeleri gerekmektedir (Tortumluoğlu, 2004a).

Menopoza sürecinde kadınlarda uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, depresyon, libido azalması ve unutkanlık gibi problemler de ortaya çıkabilmektedir (Gündüz, 2019). Bu sorunların giderilmesinde sosyal destek sistemleri insan yaşamında önemli bir yere sahiptir. Kavramsal açıdan ele alındığı zaman sosyal destek sistemleri; kişilerin sağlıklarını korumak amacıyla, gerektiği zaman bireye maddi, sosyal ve duygusal açıdan yardım sağlayan tüm ilişkiler şeklinde tanımlanmaktadır (Ardahan, 2006). İnsanlar arasında yapılan söz konusu yardımlar sayesinde kişiler arasındaki sağlık düzeyinin korunması amaçlanmakta ve insanlar birbirine hem maddi hem de manevi açıdan destek olmaktadır. İnsan yaşamı boyunca sosyal destek bazen aile üyelerinden bazen de arkadaş çevresi, komşu ya da akrabalarından gelebilmektedir (Aksakallı, Çapık, Apay, Pasinlioğlu ve Bayram, 2012). Bu kapsamda kadınların yaşamında önemli bir evre olan menopoza döneminde algılanan sosyal desteğin menopoza bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ve duygusal semptomların aza indirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir (Koçak ve diğerleri, 2017).

Menopoza sürecinde yaşanan anksiyete kelime anlamı olarak; kişinin tetikte olmasını gerektiren bir uyarı olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda anksiyete bireye bir tehlikenin yaklaştığını belirtmekte ve kişinin tehlikeye karşı önlem alması gerektiğini ifade etmektedir (Özmel Çıkar, 2008). Menopozda görülen anksiyetenin temelini yalnızlık ve izolasyon duygusu oluşturmaktadır (Gündüz, 2019). Anksiyetenin söz konusu olduğu dönemlerde bireyde sıcak basması ortaya çıkabilmektedir. Bu konuda yürütülen bir araştırmada orta şiddette anksiyetenin söz konusu olduğu kadınlarda ateş basmasının üç kat, yüksek anksiyeteye sahip kadınlarda ise sıcak basmasının beş kat daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (Bromberger ve diğerleri, 2001; Freeman ve diğerleri, 2005).

Menopoza çağına gelen bir kadında, geri kalan yaşam süresi içerisinde, yaşlanmaya bağlı morfolojik değişiklikler ile ani östrojen eksikliğine bağlı çeşitli pelvik ve ekstrapelvik organ ve sistem değişiklikleri görülmektedir. Bunların şiddetine bağlı olarak menopoza sonrası kadınların yaşam kalitesi etkilenebilmektedir (Keskin, 2009). DSÖ tarafından yapılan tanıma göre yaşam kalitesi; insanların içinde

yer aldıkları değerler ve kültür sistemi içerisinde kendi yaşam algılarını ifade etmektedir (WHO, 1996). Menopoz döneminde ortaya çıkan fizyolojik değişimler ve yakınmalar kadınların yaşam kalitelerini azaltmaktadır (Avcı, 2013).

Menopozal dönemde yaşam kalitesini arttırmak için hemşirelik girişimleri oldukça önemlidir (Öztürk Eyimaya, 2019). Yukarıda yer alan bilgiler değerlendirildiği zaman kadın yaşamında önemli bir yere sahip olan menopoz dönemi fiziksel, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin gözlendiği, üreme fonksiyonlarının sona erdiği, bunun yanında kadın yaşamını birçok açıdan olumsuz yönde etkileyen bir süreçtir. Söz konusu özellikleri nedeniyle menopoz döneminde bulunan kadınlarda yaşam kalitesinin düşmesi ve anksiyetenin yükselmesi muhtemel bir sonuçtur. Bu çalışmada ise menopoz döneminde bulunan kadınların algıladıkları sosyal desteği, anksiyete düzeyi ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Böylece menopoz döneminde yaşanan anksiyete ve sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine etkisinin de incelenmesinin kadınların bilinçlendirilmesine ve farkındalık kazandırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Çalışmanın Amacı

Bu araştırma, menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteği, anksiyete düzeyini ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

- Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek ile menopoza özgü yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
- Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek ile anksiyete arasında ilişki var mıdır?
- Menopoza özgü yaşam kalitesi ile anksiyete arasında ilişki var mıdır?

1.3. Sınırlılıklar

Bu çalışmada örneklemden elde edilen bulgular, Sinop ili bünyesindeki il Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sinop Atatürk Devlet Hastanesi ve Sinop Ayancık Devlet

Hastanesinde bulunan örneklem grubuna uygun menopoz dönemindeki kadınların anket formunu ve ölçekleri değerlendirirken bulundukları bireysel beyanları ile sınırlıdır. Çalışmanın daha geniş bir kadın grubunda yapılamaması ve sonuçların genellenebilirliği konusunda sınırlıdır.

1.4. Sayıtlar

Araştırma için kullanılan veri toplama yönteminin amacına uygun olduğu, araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların çalışmada yer alan anketi ve ölçekleri samimi ve doğru olarak cevapladıkları, araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu, araştırmada kullanılan ölçeklerin; ÇBASDÖ, MÖYKÖ ve BAE'nin menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteği, yaşam kalitesini ve anksiyete düzeylerini yansıtacağı sayıtlılarından hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz Dönemi

Kadın yaşamını meydana getiren temel döngü beş aşamadan meydana gelmektedir. Bu dönemler çocukluk ve ergenlik dönemleri ile başlamakta, cinsel açıdan olgunluk dönemi, menopoz ve yaşlılık dönemleri şeklinde devam etmektedir. Her bir dönemde kadınların hormonal yapılarında önemli değişimler meydana geldiği bilinmektedir. Hormonal değişimlerin yanında psikolojik ve fiziksel değişimler de söz konusudur. Bu dönemlerin her birinin kadın yaşamında önemli değişimlere zemin hazırladığı görülmekle beraber, kadınlarda özellikle ergenlik ve menopoz dönemleri gelişim süreçlerini ciddi anlamda etkilemektedir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

2.1.1. Menopozal Dönemin Tanımı

Menopoz dönemi; overleri etkileyen gonadotropinler, progesteron ve östrojen hormon seviyelerinde azalmaya paralel olarak kadınlarda menstruasyonun sürekli olarak kesilmesi ve doğurganlığın sona ermesi ile karakterize olan fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Kadınlara menopoz tanısının konulması için en az bir yıl süreyle amenore görülmesi gerekmektedir (Polat, 2019). DSÖ tarafından yapılan tanıma göre menopoz; kadınlarda ovaryum aktivitesinin tamamen ve kalıcı olarak ortadan kalkması şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1996). Klimakterium ise Yunanca “merdiven basamağı” anlamına gelen “klimakterikoz” kelimesinden türemiş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Taşkın, 2009). Bu dönem ortalama olarak 40-45’li yaşlarda başlamakta ve 65 yaşına kadar devam etmektedir. Bu kapsamda klimakterium döneminin cinsel olgunluktan başlayarak yaşlılığa kadar devam ettiği görülmektedir. Menopoz dönemi de söz konusu evrenin içinde yer almaktadır. Bu nedenle klimakterium kelimesi ile menopoz kavramları sıklıkla birbiri ile karıştırılan iki kavram olarak değerlendirilmektedir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Söz konusu sürecin etkin bir biçimde değerlendirilmesi için öncelikli olarak döneme ilişkin biyolojik değişkenlerin yanında sosyal, kültürel ve psikolojik unsurların da

değerlendirilmesi gerekmektedir (Şen ve Sevil, 2008; Yurdakul, Eker ve Kaya, 2007).

Kadınlarda ortalama menopoza başlangıç yaşının 50-52 aralığında olduğu bilinmekle beraber, Türkiye’de ortalama menopoza başlangıç yaşının 47-49 aralığında olduğu görülmektedir. Kadınlarda menopoza giriş öncesi dönemde çeşitli değişimler meydana gelmekte, bu kapsamda menopoza bir anda ortaya çıkmayan bir durum olarak değerlendirilmektedir. Menopoz öncesi dönemde görülen belirtiler 40 yaşından itibaren ortaya çıkmakta, yaygın olarak görülen menopoz öncesi belirtiler ateş basması, terlemeler, adet döngüsünde düzensizlikler, düzensiz adet kanamaları ve psikolojik değişiklikler biçiminde sıralanmaktadır. Menopoz yaklaştıkça yakınmalar artmakta ve menstruasyonun tamamen kesildiği görülmektedir (Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği [TJOD], 2019). DSÖ tarafından yapılan sınıflandırmaya göre menopoz döneminin üç farklı evreden meydana geldiği görülmektedir. Söz konusu dönemler premenopoz, menopoz, postmenopoz olup, bu dönemlerin temel özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

2.1.1.1. Premenopozal Dönem

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre bu dönem menopoz öncesindeki 2-6 yıllık zaman dilimini kapsamaktadır. Premenopoz döneminin başlangıcına işaret eden temel belirtilerin başında 40’lı yaşlarda başlayan overlerdeki yetersizlik gelmektedir. Bunun yanında söz konusu yetersizliğin herhangi bir fizyolojik belirti vermediği görülmektedir (Kadayıfçı, 2006). Bu evrede fertilite olasılığı azalmakta, bunun yanında menstrual sikluslarda düzensizlikler ortaya çıkmaktadır. Bu evrede görülen vazomotor değişikliklerin başında emosyonel rahatsızlıklar, baş ağrısı ve yorgunluk gelmektedir (Taşkın, 2016a; Tunç, 2014).

2.1.1.2. Menopozal Dönem

Menopoz over aktivitesinin sonlanmasını takiben menstrual siklusların bitişi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem genellikle son menstruasyonun üzerinden bir yıl geçmesini ifade etmektedir (Turhan ve Doğan, 2006).

2.1.1.3. Postmenopozal Dönem

DSÖ tarafından hazırlanan raporlarda menopozu takip eden 6-8 yıllık zaman dilimi menopoz sonrası dönem olarak tanımlanmaktadır (Eroğlu, 2002). Bu dönemde

doğurganlığın tamamen durduğu ve over fonksiyonların sona erdiği görülmektedir (Taşkın, 2014a). Aynı zamanda postmenopozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı vajinal atrofi, östrojen ve progesteron seviyelerindeki düşme sonucu osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve deri bozuklukları görülebilmektedir (Tunç, 2014; Taşkın, 2016a).

2.1.2. Menopoz Çeşitleri

Menopoz çeşitleri temelde iki gruba ayrılmakta olup, söz konusu sınıflandırma yapılırken menopozun ortaya çıkma yaşı ve oluşma biçimi dikkate alınmaktadır.

2.1.2.1 Başlangıç yaşına göre:

- Erken menopoz: Kadınlarda 40 yaşından önce adet kesilmesi ile ortaya çıkan menopozdur.
- Normal menopoz: Kadınlarda adet kesilmesinin 45-54 yaş aralığında görülmesi ile ortaya çıkan menopozdur.
- Geç menopoz: Kadınların adet kanamalarının 55 yaşına kadar hala devam etmesi durumunda geç menopozdan söz edilmektedir (Şahin 2015; Demirci 2015).

2.1.2.2 Oluş biçimine göre:

- Fizyolojik/doğal menopoz: Fizyolojik olarak gelişen menopozda foliküllerin tükenmesi söz konusudur.
- Cerrahi menopoz: Kadınlarda farklı nedenlere bağlı olarak overlerin cerrahi operasyon ile alınması sonucunda ortaya çıkan durumdur. Doğal menopoz ile kıyaslandığı zaman cerrahi menopozda görülen semptomlar daha ağırdır. Çünkü doğal menopoz sürecine giren kadınlarda foliküller yavaş yavaş azalmakta ve kadınlar fizyolojik açıdan bu duruma uyum sağlamaktadır. Cerrahi menopozda ise bu sürecin aniden geliştiği görülmektedir (Demirci, 2015).

2.1.3. Menopozal Dönem Fizyolojisi

Menopoz; ovaryan, hormonal ve hedef organ değişimlerini içeren fizyolojik bir durumdur (Aydoğan ve Sağlam, 2013). Menopozun fizyolojisi incelendiği zaman sürecin başlangıcında ovaryumda meydana gelen değişiklikler söz konusudur.

Ovaryan foliküllerdeki genel atrezi, ergenlik döneminden itibaren oluşmakta olup 35 yaşından itibaren daha belli hale gelmektedir. Bu süreçte ovaryan foliküllerin azalmasına zemin hazırlayan hormonun folikül stimüle eden hormon (FSH) olduğu görülmektedir. Atreziye bağlı olarak overlerdeki progesteron ve östrojen üretiminde azalma meydana gelmektedir. Bu şekilde üreme siklusları ortadan kalkmakta ve menopoza başlamaktadır (Taşkın, 2016b; Özkan, 2008).

Östrojen üretimindeki azalmaya paralel olarak hipotalamusta yer alan negatif feed-back mekanizması devreye girmektedir. Buna bağlı olarak ilk etapta FSH sonra ise LH (Luteinize Hormon) hormonlarında yükseliş meydana gelmektedir. Bu süreçte FSH hormonunun 10 kat, LH hormonunun ise 3 kat arttığı görülmektedir. FSH değerindeki artışa bağlı olarak foliküler fazlar kısalmaktadır. İlerleyen evrede overlerde FSH hormonuna karşı direnç artmakta ve foliküler faz uzama eğilimine girmektedir (Özer, 2014). Bir sonraki aşamada ise overlerdeki direnç üst seviyeye çıkmaktadır. Buna paralel olarak folikülogenez tamamen yavaşlamakta ve östradiol sentezi, ovulasyonu sağlayan LH çıkışına imkan vermeyecek seviyelere düşmektedir. Organizmada meydana gelen bu değişikliklere paralel olarak anovulatuvar sikluslar artmaktadır. Oligomenore gelişmekte ya da düzensiz adet kanamaları gözlenmektedir. Bu dönemde FSH ile LH seviyelerinde tekrar artış gözlenmekte ve folikül gelişiminin tamamen durağan hale geldiği bilinmektedir. Menopoz olarak ifade edilen son adet kanamasının da bu dönemde görüldüğü belirtilmektedir (Göksever ve Erata, 2010).

Menopozun perimenopozal dönemde yapılan laboratuvar testlerinde tanı sürecinde FSH değerleri tanı koymaya katkı sağlamaktadır. Perimenopozal dönemde FSH değeri genellikle 40mIU/ml ve üzerinde bulunmaktadır. FSH değerinin 100 mIU/ml'nin üzerinde olması durumunda folikülerin tükenmesinden söz edilebilmektedir. Tekrar edilen laboratuvar testlerinin sonunda FSH > 40 mIU/ml tespit edildiği zaman, kadınlara menopoz tanısı konulabilmektedir (Çulha, 2020).

2.1.4. Menopoza Girme Yaşı

Menopoz, kadınların yaşlanma sürecinde özel bir yerdedir. Bu olayın gerçekleşmesi toplumdan topluma ve bireyden bireye farklılık göstermektedir (Çulha, 2020). Yapılan bazı araştırmalarda gelişmiş ülkelerde kadınların 50-51 yaşlarında menopoza girdiğini, gelişmekte olan ülkelerdeki bu yaş aralığının ise 47-

49 olduğunu göstermektedir (Gözüyeşil, 2015; TJOD, 2019; RCOG, 2020). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verileri değerlendirildiği zaman ise Türk toplumunda kadınlarda menopoza başlangıcının 46-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir (TNSA, 2018). Aynı raporda kadınların %45.1 gibi önemli bir bölümünün menopoza girme yaşının 48-49 olduğu, kadınların %31.2'sinin ise 46-47 yaş aralığında menopoza girdiği görülmektedir. Yaş aralığı 44-45 olan kadınlarda ise menopoza girme oranının %15.9 olduğu rapor edilmiştir (TNSA, 2018). Toplum içerisinde bazı kadınların menopoza erken yaşlarda girdikleri bilinmektedir. Erken menopozun söz konusu olduğu durumlarda kadınlarda overlerin 40 yaşından önce fonksiyonlarını kaybettiği ve adet görmenin son bulduğu görülmektedir (RCOG, 2020; Önder ve Batıgün, 2016).

Menopoz olgusu kadınların yaşam sürelerinin artmasına paralel olarak tüm dünyada ilerleyen yaşlarda oluşan kronik hastalıklar üzerinde önemle durulan konular arasına girmiştir. DSÖ tarafından yapılan tahminlere göre 2030 yılına gelindiği zaman dünya genelinde 1.2 Milyar kadın menopoza döneminde olacaktır. Söz konusu kadınların ortalama 50 yaşın üzerinde olacakları öngörülmektedir. Bu nedenle 50 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik önlemler alınması gerektiği belirtilmektedir (Kayaaltı, 2021).

2.1.5. Menopozal Dönemde Görülen Sorunlar

Menopoz döneminde bulunan kadınlarda östrojen eksikliğine paralel olarak fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelmekte, bu değişiklikler birtakım sorunlara zemin hazırlamaktadır (Özer, 2017). Bazı kadınlarda menopoza semptomları hafif seyrederken, bazı kadınlarda menopoza semptomlarının şiddeti yüksektir. Semptomların şiddeti arttıkça kadınların yaşam kaliteleri de azalmaktadır. (Polat, 2019). Menopoz döneminde bulunan kadınların yaşam kalitelerinin artırılabilmesi için menopoza semptomlarından kadınların hangi düzeyde etkilendiğinin iyi bilinmesi gerekmektedir (Gürkan, 2005). Menopoz döneminde yaşanan sorunlar kısa süreli olarak gerçekleşen vazomotor, psikolojik ve atrofik değişiklikler ile birlikte, uzun vadede ortaya çıkan osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklardan meydana gelmektedir (Oğurlu, 2008). Kısa süreli sorunlar premenopozal süreçteki sorunları, uzun süreli sorunlar postmenopozal dönem sorunları içermektedir (Ceylan, 2010).

2.1.5.1. Siklus Bozuklukları

Siklus anomalileri menopozun ön habercisidir (Görmüş, 2017). Adet düzensizlikleri menopoz öncesi evrede çok sık görülen bir durumdur. Premenopozal menstruasyon anovulatuvar tiptedir. Over işlevleri eksilir, fertilite azalır. Fakat bu overlerin tümüyle sonlanması manasına gelmez. Overler daha fazla seneler düşük oranda östrojen salgılayabilir ve bu nedenle adet kanamaları devam edebilir. Ancak söz konusu evrede seyreden vajina bölgesinde meydana gelen kanamaların önemli nedeni östrojen azlığına bağlı endometrial veya vajinal atrofidir. Başka nedeni ise östrojen hormonunun yüksek düzeyde olması ve bu yüksekliğin progesteron vasıtasıyla karşılanmamasıdır (Ölçek, 2019).

2.1.5.2. Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar, menopoz döneminde bulunan kadınların yaşam kalitelerini doğrudan etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır (Çağlar ve Özdemir, 2016). Vazomotor belirtiler olarak da bilinen ateş basmaları ve gece terlemeleri, menopozda en sık bildirilen belirtilerdir (Duç, 2014).

Vazomotor semptomlar üç farklı belirti şeklinde görülmektedir.

- Yüzde kızarma,
- Sıcak basmaları,
- Gece terlemeleri

Yukarıda sıralanan belirtiler genellikle sıcak basması olarak bilinmektedir (Cohen, Soares ve Joffe, 2005; Ergöl ve Eroğlu, 2001). Çelik ve Pasinlioğlu (2014) tarafından yapılan araştırmada kadınların menopoz döneminde sıcak basması ve terleme semptomlarını sıklıkla yaşadıkları belirtilmiştir. Hatta sıcak basması menopozun ilk belirtileri arasında yer almaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda perimenopozal dönemde kadınlarda sıcak basması görülme sıklığının oldukça yüksek olduğu belirtilmekte olup, postmenopozal dönemin ilk iki yılda en yüksek düzeyde görülen sıcak basmasının ilerleyen zamanlarda azalma eğilimine girdiği ifade edilmektedir (Ural, 2011).

Sıcak basmalarında genellikle başta ve vücudun üst yarısında sıcaklık hissinin başlaması ve tüm vücuda yayılması söz konusudur. Sıcak basmalarında vazodilatasyona bağlı olarak deride kızarıklık görülmesi ve ateş basması hissi

yaşanması muhtemel birer durumdur. Bunun yanında sıcak basmalarında vücut ısısında ve nabızda yükselme meydana gelmektedir. Çarpıntı esnasında ise ellerde kan akımı hızlanmakta ve terleme meydana gelmektedir. Uyku esnasında ortaya çıkan sıcak basmaları ise gece terlemesi olarak ifade edilmektedir (Gökgöz, 2016). Kadınların %65 gibi önemli bir bölümünde 1.5 yıl boyunca günde 5-20 sıcak basması gözlenmektedir. Kadınların %25'inde sıcak basmaları 5-10 yıl sürerken, kadınların %10'unda ise sıcak basmalarının 10 yıldan daha uzun sürdüğü görülmektedir (Seyisoğlu ve Ertüngealp, 2002).

Sıcak basması ataklarının süresi 30 saniyeden 12 dakikaya kadar uzayabilmektedir. Belirtinin süresi değişebildiği gibi, sıklığı ve ortaya çıkış şekli de kişiden kişiye değişmektedir (Duç, 2014). Rahatsız edici sıcak basmalarının sıklığı, son adet döneminden 2 yıl önce artmaya başlamakta ve sonraki 2 yıla kadar en üst seviyeye ulaşmaktadır. Ancak bu tepe noktasını takiben, postmenopozal yıllarla birlikte aşamalı bir gerileme izlenmektedir (Avcı, 2013). Sıcak basmalarının şiddetini arttıran unsurların başında kişinin tolere edebileceğinden daha fazla aktivite yapması, çevresel faktörler, yağlı ve baharatlı yiyecekler, alkol, kafein, sigara kullanımı ve aşırı yorgunluk gelmektedir (Özcan ve Oskay, 2013).

Yapılan çalışmalarda vazomotor semptom şikayetinin kadınlarda farklı şiddette gözleendiği rapor edilmiştir. Chedraui ve diğerleri (2010) bu konuda yürüttüğü araştırmada, kadınların %56'sı gibi önemli bir bölümünün sıcak basması şikayetine sahip oldukları bulunmuş, kadınların %33.2'sinde sıcak basmasının orta şiddette olduğu, %29.1'inde ise yüksek şiddette görüldüğü tespit edilmiştir. Freeman ve Sammel (2016) tarafında yürütülen araştırmada ise menopoz döneminde bulunan kadınların %72 gibi önemli bir bölümünde orta ve yüksek şiddette vazomotor semptomların gözleendiği bulunmuştur.

Menopoz döneminde bulunan kadınların sıcak basmaları ile baş edebilmeleri için aşağıdaki öneriler sıralanmaktadır;

- Sıcak ortamlardan uzak durulmalı ve oda ısısı mümkün olduğu kadar 18°C altında olmalıdır.
- Sıcak basmasından korunmak için giysilerin kolay giyilen ve çıkarılan giysilerden oluşması gerekmektedir.
- Mümkün olduğu kadar stresten uzak durulmalıdır.
- Kadınların sıcak basmasını kontrol etme becerileri gelişmelidir.

- Kafein, alkol ve baharatlı yiyeceklerden uzak durulmalıdır.
- Sıcak basmasının söz konusu olduğu durumlarda vantilatör kullanma ve duş alma gibi pratik yöntemlere başvurulmalıdır.
- Sıcak basması ortaya çıktığı zaman rahat bir yere oturulmalı, birkaç kez yavaş ve derin nefes alınmalıdır (Taşkın, 2016c).

Hormon replasman tedavisinin sıcak basmalarının en aza indirilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Hormon tedavisi almak istemeyen kadınlarda sıcak basmalarını önleyici bazı alternatif tedavi yöntemleri de bulunmaktadır (Sözer, 2020). Söz konusu yöntemlerin başında stresten uzaklaşmayı artırıcı farkındalık çalışmaları (Carmody ve diğerleri, 2011), refleksoloji (Gözüyeşil ve Başer 2016b), fitoterapi (Choi, Kang, Lee ve Seol, 2014; Aghamiri ve diğerleri, 2016; Kim ve diğerleri, 2012; Terauchi ve diğerleri, 2014), elektroakupunktur (Liu ve diğerleri, 2014), aromaterapi (Kazemzadeh, Nikjou, Rostamnagad ve Norouzi, 2016), yoga (Reed ve diğerleri, 2014; Newton ve diğerleri, 2014), gevşeme teknikleri (Saensak, Vutyavanich, Somboonporn ve Srisurapanont, 2013) gelmektedir (Akt: Sözer, 2020).

2.1.5.3. Psikolojik Sorunlar

Kadınların menopoza döneminde yaşadıkları birçok psikolojik sorun olduğu bilinmektedir. Yaygın olarak görülen psikolojik sorunların başında depresif ruh hali, sinirlilik, uykusuzluk, yorgunluk hissi, uyku düzensizliği, ağlama isteği, anksiyete, instabilite, iştah artışı, baş dönmesi nöbetleri, cinsel istekte azalma, kendini yetersiz hissetme, yaşam olaylarından çabuk etkilenme, genel isteksizlik hali, toplumdan uzaklaşma, sabah erken uyanma, dikkat toplamada güçlük çekme, kaygı, unutkanlık, karar vermede zorluk çekme ve özgüven kaybı gelmektedir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Menstrual fonksiyon ile fertilité kayıpları iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemde psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkileyen unsurların başında libido kaybı, anksiyete, iritabilite, ruhsal durum bozuklukları, endişeli ruh hali, çocuk sahibi olma yeteneğinin kaybedilmesi ve ciltte meydana gelen değişiklikler gelmektedir. Menopoz döneminde ortaya çıkan psikolojik sağlık sorunları arasında depresif ruh hali de yaygın karşılaşılan bir durumdur (Ağıl, 2010). Menopoz süreci her ne kadar psikolojik sorunlara neden olan bir dönem olarak değerlendirilse de tek başına psikolojik sorunlara zemin hazırlayan bir dönem değildir. Menopoz döneminde ortaya çıkan biyokimyasal ve fizyolojik semptomlar nedeniyle psikolojik sıkıntılar görülebilmektedir (Taşkın, 2012). Bu nedenle, orta yaş

kadınlarının psikolojik belirtilerine ilişkin tedavi söz konusu olduğunda, güncel yaşam olayları, geçmiş deneyim ve davranışlar gibi menopoza dışındaki faktörlerin de değerlendirilmesi önerilmektedir (Hardy ve Kuh, 2002).

Menopoz döneminde bulunan kadınların yaşadıkları bedensel ve psikolojik sorunlar karşısında neler yapmaları gerektiğini iyi bilmeleri ve etkili baş etme yöntemleri geliştirmeleri bu süreci sağlıklı bir biçimde atlatmaları için oldukça önemlidir (Yurdakul ve diğerleri, 2007). Bu kapsamda özellikle fiziksel aktivite düzeyinin artırılması, rahatlama ve gevşeme teknikleri, kitap okuma ve stresle başa çıkmada etkili yöntemlere başvurulması hem psikolojik semptomların azalmasına hem de anksiyete ve depresyon oluşumunun önlenmesine katkı sağlamaktadır (WHO, 2018). Kadınların menopoz sürecinde karşılaştıkları psikolojik sorunların en aza indirilmesinde yakın çevresine de önemli görevler düşmektedir. Kadınlar menopoz döneminde hassas bir yapıya sahip oldukları için sevilme, sayılma, hatırlanma ve sosyal destek arama gibi eğilimlere sahiptirler. Bu süreçte özellikle yakın aile çevresinden sağlanacak sosyal destek kadınların menopoz semptomları ile başa çıkmalarında önemli bir yere sahiptir (Özgür, 2007).

2.1.5.4. Uyku Sorunları

Postmenopozal dönemde bulunan kadınlarda yaygın olarak karşılaşılan uyku problemlerinin başında ise uykuya dalma süresinde uzama, uykudan sonra kendine gelememe, uyku apnesi, gündüz uykulu olma, uyku verimliliği ve kalitesinin azalması gibi sorunlar gelmektedir (Ulusoy ve Kukulu, 2013). Bunun yanında menopoz döneminde REM uykusunda azalma meydana gelmekte olup, bunun temel nedenlerinin başında östrojen hormonu eksikliği yatmaktadır. Bunun yanında kadınlarda sıcak basmaları ve gece terlemeleri de uyku kalitesini azaltan unsurlar arasında yer almaktadır (Mumcu Boğa, 2013).

Uykuya dalma güçlüğü'nün önemli sebepleri arasında perimenopozal kadınlarda sık görülen endişe hali, ani duygu-durum değişiklikleri gibi psikolojik nedenler yer almaktadır. Uykunun sık sık bölünmesi ve uykuya dalmada güçlük çekmek, uykunun tam alınamamasına sebep olabilir. Buna bağlı olarak kadınların gün içerisinde gergin, yorgun ve odaklanma sorunu yaşayan bir yapıya büründükleri görülmektedir (Görmüş, 2017). Depresyon ve kronik hastalıklar da uyku kalitesini bozabilmektedir (Güler, 2017). Uyku bozukluklarının görülen sıklığına ilişkin

bulgular değerlendirildiği zaman menopo  öncesi dönemde bulunan kadınlar ile kıyaslandığı zaman perimenopozal ve post-menopozal dönemde bulunan kadınlarda uyku bozukluklarının daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir (Taşkıran, 2019).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, menopo  döneminde kadınların %36’sının uyku sorunu yaşadığı rapor edilmiştir (Erkin, Ardahan ve Kert, 2014). Ağan ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada, bu oranının %59.7 olduğu, Özer ve Gözü ara (2016) tarafından yapılan araştırmada ise kadınların bu dönemde %72’sinin uyku sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Menopo  döneminde bulunan kadınların uyku sorunları ile ba a çıkabilmeleri için yapmaları gereken uygulamaların başında stresten uzak durma, gündüz uykusundan kaçınma, uyku öncesinde sedasyon yapan (bitki  ayı, süt, yoğurt) besinler tüketme, alkol ve nikotin tüketimini azaltma, ak am yemeklerinde acılı ve aşırı baharatlı yiyeceklerden uzak durma, yatak odasını serin tutma, yatak odasındaki kıyafet ve eşyaları pamuklu ürünlerden seçme ve yatağın ba  ucunda her zaman bir  i e soğuk su bulundurma gelmektedir ( elikkanat, 2012).

2.1.5.5. Sindirim Sorunları

Ağız mukozasının östrojen reseptörleri tarafından oldukça zengin bir yapıya sahip olduğu bilinmektedir. Menopo  döneminde östrojen azalmasına paralel olarak ağızda kuruluk, ağızda kötü tat hissi ve birtakım di  eti rahatsızlıkları görülebilmektedir. Menopo  sonrası dönemde görülen sorunların başında ise sa ra ta ı oluşumu, gastrik reflü, mide sekresyonlarında azalma ve barsak mukozasında atrofi yer almaktadır (Görgel ve  akıroğlu, 2007). Menopo  toplam yağ birikimini arttırmakta, buna paralel olarak bazı kadınlarda android tip  i manlık ortaya çıkmaktadır (Görmüş, 2017).

Kadınların vücut ağırlığı menopo un girişinde en yüksek seviyeye ulaşır. Bu durumun nedeni ise genellikle yağ dokusunun artmasıdır. Boy uzunluğunun azalması ve vücut ağırlığının yükselmesi neticesinde beden kütle indeksinde artış görülür. Bu nedenle obezitenin menopo  sonrası kadınlarda menopo  öncesi kadınlara göre g r lme insidansı daha yüksektir. Hayatı boyunca kilo ile ilgili bir problem ile kar ıla mamı  kadınlar bile menopo  döneminde vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi artı ı ile kar ıla ır ve vücut ölçülerinde ciddi farklılıklar görülür (Güler, 2015). Güler (2017) tarafından bu konuda yapılan bir çalışmada klimakterik dönemde bulunan

kadınların kilo özellikleri incelenmiş, menopoz yakınmalarının söz konusu olduğu 50 kadının dahil edildiği araştırmada kadınların %29.4'ünün obez, %41.2'sinin fazla kilolu, %29.4'ünün ise normal kilolu olduğu rapor edilmiştir.

2.1.5.6. Ürogenital Sorunlar

Menopoz döneminde uzun süreli östrojen uyarıları devrede olmadığı için üreme organlarında atrofi görülmektedir (Taşkın, 2009). Ürogenital değişiklikler; üriner sistemde, pelviste, uterusu, servikste, vajinada ve vulvada meydana gelmektedir. Söz konusu değişikliklere zemin hazırlayan temel nedenlerin başında östrojen salınımındaki azalma gelmektedir (Taşkın, 2016d; Demirci, 2015). Ürogenital atrofi genellikle menopoz sonrası dönemin kaçınılmaz sonuçları arasında yer almaktadır. Söz konusu değişimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanında ürogenital atrofi nedeniyle üriner ve cinsel disfonksiyon da ortaya çıkabilmektedir. Ürogenital semptomların başında idrar sıklığı, dispareni ve dizüri, kaşıntı, yanma ve vajinal kuruluk gelmektedir (Şahmay, 2008; Barlow ve Wren, 2002).

Vajina: Atrofik vajende ilk olarak yağ dokusunda ve kolajen yapıda meydana gelen kayıplara bağlı olarak vajinal kuruluk ortaya çıkmaktadır (Turhan ve Doğan, 2006). Östrojen hormonundaki salınım miktarı azaldığı için vajinanın renginde soluklaşma ortaya çıkmakta, vajina dokusu zayıflamakta ve esnekliği ortadan kalkmaktadır. Buna paralel olarak vajinada daralma ve kısalma meydana gelmektedir. Bu nedenle menopoz sonrası dönemde vajinanın kolay bir biçimde travmatize olması söz konusudur. Bu dönemde bulunan kadınlarda vajinada “atrofik vajinit” veya “senil vajinit” ortaya çıkması da söz konusudur. Senil vajiniti olan kadınların vajinada kuruluk, yanma hissi, dispareni, kanama, rijidite gibi rahatsızlıklar yaşadıkları bilinmektedir (Şahmay, 2008). Bunun yanında organizmada östrojen salınımındaki azalmaya bağlı olarak vajinal pH'ı, 3.5 - 4.5'ten 6 - 8'e yükseltir. Alkalın ortam, vajinanın, çok sayıda patojen bakteri istilasına elverişli hale gelmesine neden olmaktadır. Vajinit insidansının son yıllarda postmenopozal dönemde giderek arttığı belirtilmektedir (Scott, Disaia, Hammond ve Spellacy, 1997).

Menopoz sonrası dönemde vajinal esnekliğin kaybolmasına bağlı olarak üretranın alt yapısı da kısalmakta ve daralmaktadır. Söz konusu durum ilerleyen

yıllarda kadınların birtakım sağlık sorunları (üretral sendrom, gerçek stres inkontinansı, idrar yapmada zorluk yaşama) yaşamalarına neden olmaktadır (Taşkın, 2016d; Demirci, 2015). Hormon tedavileri sayesinde vajinal kuruluğun giderilmesi mümkündür. Bunun yanında vajinal duvarı genişletmeye yönelik egzersizler ile kayganlaştırıcı kremler kullanılması da cinsel ilişki esnasında ortaya çıkan yakınmaları en aza indirmektedir (Tunç, 2014; Northrup, 2005).

Tablo 2.1: Ürogenital atrofi semptomları (Şahmay, 2008)

Ürolojik Semptomlar	Vajinal Semptomlar
Sıklıkla idrara çıkılması	Vaginada daralma
Sistit tekrarları	Disparoni kuruluk
Üretrit varlığı	Lubrikasyon varlığı
Disüri görülmesi	Vaginitis varlığı
Urgein inkontinans varlığı	Vajinal akıntı varlığı
Stres inkontinans varlığı	Vulvar yanma ve kaşıntı
Mikst inkontinans varlığı	Vajinal peteşial kanama

Menopoz döneminde ürogenital yapıda ortaya çıkan sorunların en aza indirilmesi için kadınların başa çıkma stratejileri geliştirmeleri gerekmektedir. Bu süreçte uygulanacak başa çıkma stratejileri bireysel uğraş ve sosyal destek arama (doktora başvurma) şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kadınların bu dönemde bireysel olarak alabilecekleri önlemlerin başında genital hijyeni koruma, alkol, kola, çikolata, çay, kahve ve kola idrar çıkışını arttırdığı için diyetten çıkarma, alt karın bölgesindeki kasları kuvvetlendirmek için Kegel egzersizlerinden yararlanma ve lifli gıdaları tüketme gibi önlemler gelmektedir. Bunun yanında günde 6-9 bardak su içilmesi de ürogenital sağlık sorunlarının semptomlarını azaltmaktadır (Mumcu Boğa, 2013).

2.1.5.7. Saç ve Derideki Değişimler

Over hormonlarında meydana gelen azalma ve androjen seviyesinin artmasına bağlı olarak cilt ve saç yapısı bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Özer, 2014). Derinin yaşlanmasında da östrojen hormonunda meydana gelen azalmanın büyük etkisi bulunmaktadır. Bunun yanında menopoz döneminde cilt yağı ve nem oranında azalma, deride kuruluk ve kaşınma, ciltte incelme ve elastikiyetinin azalması, tırnaklarda kırılma ortaya çıkmaktadır (Avcı, 2013). Menopozdan sonraki

ilk beş yılda kollajen kaybı %30'dur. Özellikle yüzde, boyunda ve ellerdeki görünüm tipiktir. Göz ve ağız etrafında karakteristik deri değişiklikleri oluşmaktadır. Özellikle el derisindeki değişiklikler oldukça kolay fark edilebilir (Çelikkanat, 2012). Yaşlanma sürecinde deri kalınlığında, elastikiyetinde ve kollajen içeriğinde azalma meydana gelmekte, söz konusu sorunların en aza indirilmesi için menopoz sonrası östrojen tedavisi önerilmektedir. Amerika birinci ulusal sağlık ve beslenme incelemesi çalışmasında östrojen kullanımının deri kuruluğunun ve kırışıklığının azalmasına katkı sağladığı rapor edilmiştir (Çulha, 2020). Menopoza girdikten sonraki dönemde bulunan kadınlarda östrojen düzeyinin azalmasına paralel olarak seks hormonunu bağlama özelliğine sahip olan globülün (SHBG) düzeyi de azalmaktadır. Söz konusu gelişmelere bağlı olarak organizmadaki serbest testosteron düzeyi artmakta ve kıllanma baş göstermektedir. Genellikle çene, dudak üstü, pelvik ve aksiler kıllarda incelme meydana gelmektedir (Kaymak ve Tırnaksız, 2006; Akt: Avcı, 2013).

Saç tellerinin büyümesi ve uzaması östrojen hormonu ile yakından ilişkilidir. Postmenopozal dönemde saçın uzaması yavaşlar ve ciddi saç dökülmesi görülmektedir (Kaymak ve Tırnaksız, 2006; Nalbant, 2009). Menopoz döneminde saçlarda iki temel değişim gözlenmektedir. Söz konusu değişimler saç dökülmesi ve hirsutizm olarak karşımıza çıkmaktadır (Özer, 2014). Saç dökülmesi sorunu kadınları ciddi anlamda rahatsız eden bir sorun olmakla beraber, hormonal dengedeki bozukluklar nedeniyle saç dökülmesi yaygın olarak görülmektedir. Kadınlar açısından saç yapısı aynı zamanda önemli bir aksesuar olduğu için saç yapısında meydana gelen sorunlar menopoz döneminde bulunan kadınların yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Goluch-Koniuszy, 2016).

2.1.5.8. Merkezi Sinir Sistem Sorunları

Östrojen hormonu insan vücudundaki doku ve organlarının gelişimini etkilediği gibi merkezi sinir sisteminin çalışma biçimini de etkilemektedir (Özer, 2014). Bu konuda yapılan çalışmalarda hipofiz, hipotalamus, limbik ön beyin ve serebral korteksin bazı bölgelerinde östrojen özel nükleer reseptörlerinin varlığı ortaya konmuştur (Oğurlu, 2008). Menopoz döneminde bulunan kadınlarda östrojen salınımının azalmasına bağlı olarak beyin hücrelerinde azalma, görme ve tat almada kayıplar, kısa süreli hafıza kaybı ve işitme kaybı ortaya çıkabilmektedir (Atasü, 2001).

Kadınlarda menopo2 d6neminde ortaya çıkan yakınmaların başında ağlamaklı hissetme, hafızada zayıflama, isteksizlik, panik hissi, genel performansta azalma, unutkanlık, ruh halinde değişiklik, çabuk 6fkelenme hissi, huzursuzluk, uykusuzluk, irritabilite artışı, konsantrasyon zorluğu, kendini 6zg6n ve k6t6 hissetme gelmektedir (6zcan ve Oskay, 2013). Bu nedenle kadınların menopo2 s6recinde karşılaşacakları duygu durum bozukluklarının 6nceden tespit edilmesi ve 6nlenmesi 6nemli bir konu olarak nitelendirilmektedir (Erbil, 2018).

2.1.5.9. Kardiyovask6ler Değişiklikler

Kardiyovask6ler hastalıkların başında periferik arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı ve serebrovask6ler hastalık gelmektedir. Kardiyovask6ler sistem 6zerinde 6strojenin koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir (Ural, 2014). Bu nedenle kadınlar erkeklere kıyasla 6reme d6nemlerinde 2.5-4.5 kat daha az kalp rahatsızlığı riskine sahiptir (Demirci, 2015). 6strojen, kandaki y6ksek dansiteli lipoprotein (HDL) d6zeyini arttırmakta, d6ř6k dansiteli lipoprotein (LDL) d6zeyini ise azaltmaktadır. Menopo2 d6neminde 6strojen d6zeyindeki azalmaya bağlı olarak 6zellikle kalp krizi ve arterioskleroz riski y6kselmektedir (Ural 2014). 6strojen hormonunun meydana gelmesi h6cre hipertrofisini azalttığı için damar elastikiyeti artmaktadır. Bu nedenle menopo2 d6neminde damar daralması daha az karşılaşılan bir sorundur (C. Yıldız, A. Yıldız ve F. Tekiner, 2015). Ayrıca menopoza girdikten sonra kadınlarda 6strojen d6zeyinde meydana gelen değişimler kilo alımı ve yağ oranını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle kadınlarda v6cut yağ oranının neden olduğu kardiyovask6ler hastalıklar yaygın olarak g6r6lmektedir (Chung, Shim, Kwon ve Lee, 2019). Kadınlarda menopo2 d6neminde fizyolojik değişimler birtakım hastalıklara yakalanma riskini arttırırsa da, bu d6nemde birtakım koruyucu fakt6rler de s6z konusudur. 6zellikle kardiyovask6ler hastalıklara yakalanma riskini azaltmak için dengeli ve yeterli beslenme, sigara ve alkolden uzak durma, ağır olmayan d6zenli egzersizler yapma ve streten uzak durma gibi yaşam tarzı değişikliklerine gidilmesi gerektiği belirtilmektedir (Kim, Cho, Ahn, Yim ve Park, 2014; Taşkın, 2016d).

2.1.5.10. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Menopo2 s6recinde yaygın olarak g6r6len kas ve iskelet sistemi sorunlarının başında hareket esnekliğinde, beden hacminde ve t6m motor performans

parametrelerinde azalma, kas ve eklem ağrısı ile kemik kırılmalarında artış gelmektedir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Menopoz döneminde over fonksiyonların işlevselliklerini kaybetmesi yaşa bağlı olarak ortaya çıkan osteoporoz riskini arttırmakta ve kemik kayıpları ortaya çıkmaktadır (Özcan ve Oskay, 2013). Yine menopoz döneminde östrojen, osteoblastları uyararak kemiğe şeklinin verilmesinde rol oynamaktadır. Bunun yanında D vitamininin aktif hale gelmesinde ve kalsitonin salgılanmasında da östrojenin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Kalsiyumun kemiklerde tutulmasında rol oynayan yapı kalsitonin olarak karşımıza çıkmaktadır. D vitamini kullanımı da bu dönemde kalsiyum ve fosforun emilimini sağlamakta ve kemik yoğunluğunun korunmasına katkı sağlamaktadır (Taşkın, 2012).

Osteoporoz, genellikle kemik yapılarında kırılma meydana gelmediği sürece kendisini gösteremeyen bir problemdir. Bunun yanında kemik kayıpları ortaya çıkmadan teşhis edildiği zaman kemik kırılması öncesinde alınacak tedbirler ile engellenmesi mümkün bir halk sağlığı sorunudur (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2018). Kadınlarda menopoz sürecinde özellikle östrojen eksikliği sonucu serum sitokin seviyesi artmakta olup ve bu da trabeküler kemikte osteoklast öncül hücrelerinin hassasiyetini artırarak kemik yıkımının artmasına sebep olur. Ön kol distali ve vertebral kemik gibi trabeküler kemiğin yoğun olduğu kemiklerde kırıklar fazla görülebilir (Aydemir, 2007). Osteoporozda vertebral kemiklerde çökme sonucu boya kısalma, sırt ağrısı, vertebraların vücudu uzun süre dik pozisyonda tutamamasına bağlı kamburluk, kemiklerde kitle kayıplarına bağlı olarak kemik kırıkları oluşabilir (Taşkın 2014b).

Osteoporoz sorunu erkeklerde de görülmekle beraber, osteoporoz hastalarının %80'ini kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle osteoporoz kadınlar açısından ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Menopoz sonrasında dönemde ortaya çıkan kemik kırılmaların sonucunda kadınların uzun süren tedaviler gördükleri bilinmektedir. Buna bağlı olarak kadınlarda fiziksel fonksiyonlar zayıflamakta, immobilité ortaya çıkmakta, sosyal izolasyon ve depresyon gözlenmekte, nihayetinde yaşam kalitesi düşmektedir (Dündar, Oral, Eser, Dinç ve Gülümser, 2003). Menopoz döneminde kadınların osteoporozdan korunmaları için almaları gereken önlemlerin başında sigara ve alkolden kaçınmak, güneşten faydalanmak, kalsiyumdan zengin beslenmek, obeziteden korunmak, egzersiz yapmak, hızlı gelişen kilo

kayıplarından kaçınmak, günde 800 mg kalsiyum ve 800 ünite (UI) D vitamini almak gibi tedbirler gelmektedir (Seyisoğlu, 2015).

2.2. Menopozal Dönemde Tedavi

Menopoz döneminde kadınların özellikle fiziksel, fizyolojik ve psikolojik yapılarını olumsuz yönde etkileyen unsurların başında hormon yapısında meydana gelen değişimler yatmaktadır. Bu nedenle son yıllarda menopoz döneminde bulunan kadınlarda hormon tedavisi başta olmak üzere menopoz semptomlarını azaltmaya yönelik olarak birçok tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Bu bölümde menopoz döneminde bulunan kadınlara uygulanan tedavi yöntemleri başlıklar halinde açıklanmıştır.

2.2.1. Hormon Replasman Tedavisi

Klimakterik ve postmenopozal dönemdeki kadının tedavisinde ilk amaç eksik olan hormonun takviyesidir. Genellikle östrojen hormonu tercih edilmektedir. Etkinliği daha geniş olup, maliyet olarak ucuz ve kolay elde edilebilir olması üstünlüklerinin arasındadır (Güler, 2017).

Hormon replasman tedavisi (HRT), topikal ya da sistemik olarak verilmektedir. Östrojen-progesteron kombinasyonu biçiminde uygulanmakta ya da sadece östrojen olarak oral preperatlarla kullanılmaktadır. Topikal olarak kullanılan araçların başında ise kremler ve vajinal jeller gelmektedir (Aygün, 2019). HRT'nin amacı östrojene yanıt vermeye devam eden dokulardaki sorunların en aza indirilmesi ve menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu alanda yapılan çalışmalarda menopoz dönemindeki kadınlarda vazomotor semptomların azaldığı, depresyon belirtilerinin zayıfladığı, ürogenital sağlık sorunlarında iyileşme gözlendiği ve yaşam kalitesinin arttığı rapor edilmiştir (Şen ve Saruhan, 2010). HRT kullanımına bağlı olarak ilerleyen yaşlarda kadınların kemik mineral yoğunluklarında artış meydana gelmektedir (Demirci, 2015).

HRT'yi kullanacak olan grupların başında erken menopoza giren kadınlar, menopoz semptomları ve seksüel disfonksiyon yaşayanlar, genitoüriner semptoma sahip bireyler, üriner yol enfeksiyonu olanlar, terleme, sıcak basması ve uyku bozukluğu olan bireyler gelmektedir. Bunun yanında 50 ve üzeri yaş grubunda yer alan kadınların osteoporozdan korunma sürecinde bu tedavilerden

faydalanabilmektedir (Pinkerton ve diğerleri, 2017; Royal College of Nursing 2017). HRT'yi kullanmaması gereken gruplar da bulunmaktadır. Söz konusu grupların başında aktif ya da yeni tromboembolik hastalığı bulunan bireyler, meme veya endometrium kanseri olanlar, östrojene bağımlı tümör öyküsü bulunanlar, vajinal kanama sorunu olan kadınlar ve aktif karaciğer hastalığı bulunanlar gelmektedir. Bunu yanında söz konusu gruplarda HRT'nin faydaları var olan riskten azsa uzman gözetiminde klinik ortamında HRT alabileceği belirtilmektedir (Royal College of Nursing 2017). HRT uygulamalarında risk faktörleri ise genellikle oral takviyelere bağlı olarak ortaya çıkan venöz tromboemboli riski ve genellikle kombine preparatlara bağlı olarak ortaya çıkan meme kanseri riskidir (Royal College of Nursing 2017; Pinkerton ve diğerleri, 2017; NICE 2015). Şen ve Saruhan (2010) tarafından bu konuda yapılan bir çalışmada HRT üzerine yapılmış kanıta dayalı uygulamalar incelenmiştir. Araştırmanın sonunda söz konusu tedavi yönteminin menopozda ortaya çıkan vazomotor semptomları azalttığı, depresyon düzeyini düşürdüğü, ürogenital sağlığı koruduğu, söz konusu gelişmelere paralel olarak kadınların yaşam kalitelerini arttırdığı rapor edilmiştir.

2.2.2. Hormon Dışı Tedaviler

Antikonvülzan bir ilaç olan Gabapentin-aminobütirik asid analoğu günde 900 mg dozda kullanımının, randomize plasebo kontrollü bir çalışmada sıcak basmalarını %45 oranında azalttığı gösterilmiştir (Guttuso ve diğerleri, 2003). Diğer antikonvülzan ilaçlar vazomotor şikayetlere ve eklem kas ağrılarına da iyi geldiği bildirilmiştir (Erel, 2004; Yıldırım ve diğerleri, 2002). Bifosfanatlar ağızdan alınımına uygun kemik yoğunluğunu arttıran ilaçlardır. Bifosfonatların en sık yan etkileri karın ağrısı, diyare, özofagus, mide ve ince bağırsaklarda ülserler gibi gastrointestinal bozukluklardır. Bifosfanat kullanımına başlamadan önce olası hipokalsemiyi önleyebilmek maksadıyla kalsiyum ve D vitamini eksikliği varsa öncelikle giderilmelidir. Emilim bozulduğundan dolayı kalsiyum ve bifosfanatlar aynı anda alınmaması gerektiği bilinmelidir. Bifosfanatlar önemli yan etkileri olmayan genelde iyi tolere edilen ilaç grupları olarak bilinmektedir. (Erel, 2004; Erdem, 2006).

2.2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemler

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCIM), alternatif ve tamamlayıcı terimlerini genellikle geleneksel tıp ile ilişkili

olarak kabul edilmeyen şekilde değerlendirmektedir. (Uçak, 2020). DSÖ tarafından yapılan tanıma göre geleneksel tıp kavramı “Bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarının azaltılmasında, teşhis edilme sürecinde, tedavi aşamalarında, sağlık düzeyinin korunmasında ve geliştirilmesinde farklı kültürlerle ait teorilere, deneyimlere ve inançlara dayanan bilgi, uygulama ve becerilerin tümü” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000; Tokaç, 2013). Tamamlayıcı tıp kavramı insanların fiziksel bakış açılarının yanında duygusal ve ruhsal öğeleri de içinde barındıran holistik bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel ve ruhsal yapı arasındaki denge ve uyumun sağlanması tamamlayıcı tıbbın temel hedefleri arasında yer almaktadır. Alternatif tıp ile tamamlayıcı tıbbi uygulamaların konvansiyonel sağlık sistemlerine entegrasyonu ise “integratif tıp” olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanında söz konusu tıbbi uygulamalar modern batı tıbbi ile geleneksel tamamlayıcı uygulamaları birleştiren, harmanlayan ve kanıta dayalı bir uygulama haline getiren tedavi yöntemidir (Akkuzu, Yılmaz ve Ün, 2018).

Menopoz döneminde bulunan kadınların da son yıllarda menopoz semptomları ile başa çıkma sürecinde alternatif tıp uygulamalarına yöneldikleri görülmektedir (Çetin ve Eroğlu 2015). Söz konusu uygulamaların bilimsel açıdan geçerliliği henüz kanıtlanmamış olsa da insanların güncel tedavi uygulamalarına güvenmemeleri, tedavi süreçlerinde daha fazla sorumluluk alma istekleri ve kontrolü ellerinde tutma gereksinimleri, ucuz ve ulaşılabilir olması Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) uygulamalarının popülerliğini arttırmaktadır (Erdoğan ve Çınar, 2011). Toplumun önemli bir kesiminin son yıllarda alternatif ve tamamlayıcı tıbbi uygulamalara yönelmeye başladığı göz önünde bulundurulduğu zaman, hemşirelerin de söz konusu uygulamalar konusundaki sorumluluklarının arttığı görülmektedir (Turan, Öztürk ve Kaya, 2010). Dünya genelinde TAT uygulamaları yaygın olarak kullanılsa da bu uygulamalara ilişkin bilimsel çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu durum TAT uygulamalarının yeterli düzeyde tanınmamasına neden olmaktadır. Bu kapsamda TAT uygulamalarının menopoz döneminde bulunan kadınlarda semptomların azaltılmasında ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine ilişkin yeni çalışmalar yapılması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Engin ve Kartal, 2020).

2.3. Anksiyete

Anksiyete; nedeni kesin olarak bilinmeyen, somatik belirtilerin yaygın olarak gözlemlendiği bir tedirginlik, korku ve endişe hâli olarak tanımlanmaktadır. Endişe, sıkıntı bunalıtı ve kaygı; anksiyetenin karşılığı olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Anksiyete genelde “kötü bir şey olacağı hissine kapılma” veya “nedensiz olarak içten gelen bir korku” biçiminde ifade edilmektedir (Bal, 2010). “Anksiyete” teriminin kökeni Yunanca “gerginlik” ya da “daralma” anlamında kullanılan “angh” kelimesinden türetilmiştir (Rachman, 2004). Fizyolojik açıdan incelendiğinde çarpıntı, nefes almada zorluk, ellerde ve ayaklarda titreme ile aşırı terleme gibi semptomlar ile beraber sıkıntı, heyecan ve çok kötü şeyler olacak korkusu psikolojik semptomlar arasında bulunmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Erkeklere kıyasla kadınlar hayatları boyunca üreme dönemleri nedeniyle birtakım duygu durum bozuklukları veya anksiyete ve depresyon açısından daha fazla risk altında bulunmaktadır (Minuzzi, Frey ve Soares, 2012).

Menopoz, kadınların yaşamında önemli ruhsal ve sosyal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Menopozla beraber kadınların ruhsal hayatlarında ciddi değişimler yaşanır (Öztürk Eyimaya, 2019). Kadınlarda menopoz sürecinin başlamasına paralel olarak ortaya çıkan yorgunluk, unutkanlık, depresyon, anksiyete, kendine güven düzeyinde azalma ve libidonun zayıflaması gibi belirti ve bulgular görülebilmektedir (Varma, Oğuzhanoglu, Karadağ, Özdel ve Amuk, 2005; Bezircioğlu ve diğerleri, 2004). Ayrıca bu dönemde bulunan kadınların çocuk sahibi olmaktan uzaklaşmaları ve menstrual kanamaların bitmesi de anksiyeteyi arttıran bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Atasü ve Şahmay, 2001). Menopoz olgusu temelde birçok krize neden olmakla beraber, başlı başına bir psikolojik sorunun majör sebebi olarak görülmemektedir. Buna karşılık söz konusu süreçte biyokimyasal ve fizyolojik açıdan ortaya çıkan değişiklikler psişik semptomların ortaya çıkışını hızlandırmaktadır (Taşkın, 2012). Menopoz sürecinde uygulanan birtakım eğitim ve danışmanlık bu dönemde bulunan kadınların maruz kaldıkları semptomlarla baş etmesi için harekete geçmesini sağlayacak, anksiyete düzeyini azaltarak yaşam kalitesini arttıracaktır (Gözüyeşil ve Başer, 2016a). Kadınlara verilecek olan eğitimlerin ilerleyen dönemde yaşayacakları ya da mevcut durumlarında yaşadıkları menopoz sürecine özgü fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmaya, anksiyete semptomlarını en aza indirmeye ve kadınların başa çıkma

mekanizmalarını geliştirmeye katkı sağlayacağı öngörülmektedir (Yurdakul ve diğerleri, 2007). Buna paralel olarak kadınların önlerinde yer alan bilinmezlikten korkmasına engel olunarak anksiyetesi azaltılacak ve baş etme mekanizmalarının harekete geçmesine katkı sağlanacaktır (Fıskın, Şahin ve Kaya, 2017).

2.3.1. Menopoz Sürecindeki Kadınlarda Anksiyete İle İlgili Çalışmalar

Menopoz dönemine geçiş ile birlikte kadınlarda yaygın olarak stres, depresyon, anksiyete ve sinirlilik gibi psiko-sosyal semptomlar görüldüğü bilinmektedir (Santoro, 2016). Kadınların içinde bulundukları bu dönemde depresyon, kaygı, stres, sinirlilik ve anksiyete düzeyleri artıyor olsa da, söz konusu belirtiler sıcak basması kadar yaygın olarak gündeme getirilmemektedir (Sommer, 2002).

Çetin ve Eroğlu (2015) tarafından bu konuda yürütülen bir çalışmada kadınların %91 gibi oldukça büyük bir bölümünün bu dönemde psikolojik sağlık sorunları yaşadıkları rapor edilmiştir. Söz konusu sorunların başında ise anksiyete, hüzünlenme, sinirlilik, huzursuzluk ve ağlama nöbetlerinin geldiği bulunmuştur (Çetin ve Eroğlu, 2015). Mulhall ve diğerleri (2018) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise kadınların yaşadıkları sorunlar menopoz öncesi dönem, perimenopozal dönem ve menopoz sonrası dönem şeklinde incelenmiştir. Araştırmanın sonunda perimenopozal dönemde depresyon semptomlarında, menopoz sonrası dönemde kadınların anksiyete düzeylerinin anlamlı bir şekilde arttığı rapor edilmiştir. Yapılan bir çalışmada sıcak basması ile anksiyete semptomları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüş, orta düzeyde anksiyete görülen kadınların üç kat, yüksek düzeyde anksiyetesi olan kadınların ise beş kat daha fazla sıcak basması semptomu sergilediği görülmüştür (Freeman ve diğerleri, 2005). Taşkiran'ın (2019) yaptığı çalışmada anksiyete ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Ancak, burada neden sonuç ilişkisi net olmadığı görülmüştür. Çünkü anksiyete artışı semptom artışına yol açabildiği gibi semptomlarda artış da anksiyete artışına neden olabilir. Bu konuya ilişkin ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Yazıcı, Pata ve diğerleri tarafından yürütülen çalışmada azalma eğiliminde olan hormonların yerine konulması ile birlikte depresyon ve anksiyetenin sağaltımında önemli ilerleme kaydedildiği tespit edilmiştir (Yazıcı ve diğerleri, 2003). Yumru, Bozkurt ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise depresyon parametrelerinde anlamlı düzelmeler meydana gelmediği

bulunmuştur (Yumru, Bozkurt, Davas, Aksoy ve Ayanoglu, 2006). Menopoz sürecinde karşılaşılan semptomlar arasında yer alan depresyon ve anksiyetenin algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkisinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada, doğal menopoza giren kadınlarda sosyal desteğin semptomları azalttığı, buna karşılık cerrahi menopoza giren kadınların semptomlarında anlamlı azalma meydana gelmediği bulunmuştur (Karlidere ve Özşahin, 2008).

2.4. Sosyal Destek Kavramı

Genel olarak aile üyeleri, yakın arkadaş çevresi, komşular ya da akrabalar tarafından bireye sağlanan yardımcı aktiviteler “sosyal destek” şeklinde tanımlanmaktadır (Helgeson, 2003). Sosyal destek, gerek aile gerekse de yakın çevredeki insanlar tarafından sağlansın, bireyin kendisini iyi hissetmesine katkı sağlayan bir anahtar olarak nitelendirilmektedir (Çivilidağ, 2011). Sosyal destek düzeyinin yeterli ya da yetersiz olduğunun iyi bilinmesi müdahale gerekliliği açısından önemli bir belirleyicidir. Birey yeterli düzeyde sosyal destek almıyor ise müdahale gerekmektedir. Buna karşılık birey istediği zaman sosyal destek alabiliyorsa herhangi bir müdahaleye gerek duyulmamaktadır (Ardahan 2006). Sosyal destek düzeyinin yeterli olması halinde hastalıkları tedavisi olumlu yönde etkilenmekte, sağlık düzeyi korunmakta, hastanın sağlıklı yaşam biçimine ilişkin uyumu artmakta, söz konusu unsurlara bağlı olarak da yaşam kalitesi yükselmektedir (Aras ve Tel, 2009).

Sosyal destek kavramının temelinde sevgi gereksinimi, saygı duyulma ihtiyacı, yakın çevrede güvenilir birey olma isteği ve değer verilme gibi ihtiyaçları yattığı belirtilmektedir. Söz konusu gereksinim farklı düzeylerde vurgulandığı için sosyal desteğin tanımlanmasında da farklılıkların olduğu görülmektedir (Başer, 2006). Elmacı'nın (2006) aktardığına göre Sarosan, sosyal destek kavramını “bireyin güvendiği kişiler vasıtasıyla sosyal kaynaklardan yararlanma derecesi” biçiminde tanımlamıştır. Barrera ve Ainlay (1983) sosyal desteği “kişinin gereksinim duyduğu, kendisine yardımcı olan bireylerin sayısı” biçiminde açıklamıştır. Altay (2007), Florian, Mikulincer ve Bucholtz'un sosyal destek kavramını “formal ve informal ilişkiler yoluyla alınan teselli, yardım veya bilgi olarak tanımladığını ve çok boyutlu bir yapı olarak” ifade etmiştir. Hupcey (1998) sosyal desteği, ihtiyacı olan bir kişiye sağlanan olumlu etkileşim ya da yararlı davranış olarak açıklamaktadır. Sonuç

olarak, literatürde bu konuda yapılan araştırmalarda sosyal destek olgusunun farklı boyutları ele alınarak tanımlandığı, bunun yanında benzer niteliklerde sınıflandırmalara gidildiği görülmektedir. Bu noktada sosyal destek türlerinin incelenmesi önemli bir durumdur (Gümüş, 2015). Sosyal destek türleri aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

2.4.1. Sosyal Destek Türleri

Literatürde algılanan sosyal destek düzeyinin farklı biçimlerde sınıflandırıldığı göze çarpmaktadır.

Caplan'a (1974) sosyal destek kavramını beş alt boyutta ele almıştır. Bunlar;

1. Duygusal Destek: Bireye güven, sevgi ve ilgi gibi duyguların aktarılmasını ifade etmektedir.
2. Takdir Desteği: Bireye hem sorunları hem de kusurları dikkate alınmadan saygı gösterilmesini belirtmektedir.
3. Maddi Destek: Kişiyi maddi açıdan katkı sağlanmasını, araç ve gereç temin edilmesini ve maddi hizmet verilmesi olarak açıklanmaktadır.
4. Bilgisel Destek: Kişinin sahip olduğu problemlerin çözüm sürecinde kendisine yeni bilgiler verilmesi ya da yeni beceriler öğretilmesi şeklinde gerçekleşmektedir.
5. Beraberlik Desteği: Kişinin boş zamanlarında kendisine eşlik edilmesi biçiminde ortaya çıkmaktadır (Akt: Torun, 1995).

Cohen ve Willis (1985), tarafından yapılan çalışmada aşağıda belirtilen dört farklı sosyal destekten söz edilmiştir:

Bilgi Desteği: Karşılaşılan problemlerin tanımlanması, mantık çerçevesinde bireyin sorunlara yaklaşmasını sağlayan destek türüdür. Tecrübelerden söz edilmesi, öğüt verme, sorunun çözümünde bilişsel farkındalığı geliştirici uygulamalar bu desteğe girmektedir.

Saygı desteği: Kişinin yakın çevresinden değer gördüğü, saygı gördüğü ve kabul edildiği durumdur.

Sosyal arkadaşlık: Kişinin sosyal etkinliklere katılım sürecine doğrudan dahil edilmesi, kişinin kendisini grup üyesi görmesi için yapılan destek türüdür. Bu destek

sayesinde birey diğer insanlara yakınlaşmakta ve bir gruba ait olma hissi gelişmektedir.

İşlevsel destek: Problemlerin çözülmesine katkı sağlayan, bunun yanında bireyin eğlenmesine zaman ayrılan, buna paralel olarak stres yapan unsurların azaltıldığı destek türüdür (Aksoy, 2018).

Çivilidağ'ın (2003) aktardığına göre, literatürde bu alanda yapılan çalışmalarda beş farklı sosyal destekten söz edilmesi mümkündür. Bunlar:

1. Araç Desteği: Kişiyi gerek duyduğu maddi imkanların, hizmetlerin ya da materyallerin sağlanmasıdır.
2. Sosyal Arkadaşlık: Kişinin serbest zamanlarında yanında olma şeklinde gerçekleşmektedir.
3. Duygusal Destek: Empatiye dayalı güven ve sevgi hissine dayalı destek türüdür.
4. Saygı Desteği: Kişiyi eksikleri ve sorunları ile kabul ederek saygı göstermeyi hedefleyen destek türüdür.
5. Bilgisel Destek: Kişiyi karşılaştığı sorunların çözümünde bilgi sağlama şeklinde gerçekleşen destek türüdür (Güngör, 1997; Akt: Çivilidağ, 2003).

Özetle, yardım ihtiyacı olan kişilere hangi sosyal desteğin sağlanmasının daha fazla fayda sağladığı bilinmemektedir. Bunun yanında sağlanan sosyal desteğin fayda sağlaması için destek türünün ve desteği sağlayacak kaynakların ihtiyacı karşılayacak niteliklere sahip olması gerekmektedir. Bu kapsamda sosyal destekten söz edilebilmesi için sağlanan desteğin kişinin gereksinimlerini karşılaması önemli bir konudur (Okyayuz, 1999).

2.4.2. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek, bireyin farklı kaynaklardan sağladığı psikolojik ve sosyal destek olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım, 1997). Sosyal destek düzeyinin algılanmasında sağlanan desteğin kişinin psikolojik ve sosyal yapısını olumlu yönde etkilemesi önemli bir konudur. İnsanlar günlük yaşam döngüsü içinde birçok farklı kaynaktan destek almaktadır (Deveci, 2011). En fazla sosyal desteğin alındığı yapı aile olarak karşımıza çıkmaktadır (Kozaklı, 2006). Aile üyelerinin dışında birçok kişiden de sosyal destek alınması muhtemel bir durumdur. Söz konusu kaynaklar

formal ve informal kaynaklar şeklinde sıralanmaktadır. Formal destek kaynaklarının başında din adamları, danışmanlar, öğretmenler ve sosyal hizmet bireyleri gelmekte olup, informal destek kaynaklarının başında aile ve arkadaş çevresi gelmektedir (Altay, 2007).

İnsanlara sağlanan sosyal desteğin içeriği her ne olursa, sosyal destek düzeyi arttıkça bireyin stresle başa çıkma becerisi artmakta ve çaresizlik hissi azalmaktadır. Bunun yanında sosyal destek sayesinde insanlar kendini güvende hissetmektedir (Yamaç, 2009). Sosyal destek kuramına göre aile tarafından sağlanan sosyal destek sayesinde kişinin stres düzeyi azalmaktadır. Bunun yanında sağlanan sosyal desteğin bedensel ve ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin olduğuna vurgu yapılmaktadır. Kişinin sosyal destekten yoksun olması ise birçok olumsuzluğu beraberinde getirmektedir (Yıldırım, 2017).

2.4.3. Sosyal Destek İşlevleri

Sosyal destek varlığı insanların karşılaştıkları sorunlar ile başa çıkmalarında önemli bir yere sahip olmakla beraber, stresle başa çıkma sürecinde de insanların kendilerini güvende hissetmelerine destek olmaktadır. Bu kapsamda sosyal destek olgusu sıkıntılı yaşam koşulları karşısında insanları koruyan bir konu olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanında sosyal desteğin yaşamın her alanında koruyucu bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Kaşıkçı, Çoban, Ünsal ve Avşar, 2009). Sosyal destek, kişinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen depresyon ve yalnızlık gibi unsurlar ile başa çıkmada da oldukça etkilidir. Zihinsel sağlığın düzenlenmesinde de sosyal destek algısının önemli bir yere sahip olduğuna vurgu yapılmaktadır (Şimşir, Seki ve Dilmaç, 2018). Sosyal destek düzeyi yükseldikçe stres ve depresyon gibi psikolojik belirtiler azalmakta, uyum düzeyi, benlik saygısı, olumlu davranış biçimleri ve genel sağlık düzeyi yükselmektedir (Bozdağ, 2020).

Klimakterik dönem kadınlar açısından önemli bir yaşam dönemi olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde kadınların sosyal çevrelerinin genişlemesi ve algılanan sosyal destek düzeyinin artması ile birlikte menopoza sürecine bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik semptomların etkileri azalmaktadır (Koçak ve diğerleri, 2017).

2.4.4. Algılanan Sosyal Destek

İnsanlar hem yaşam tarzlarına hem de dışarıdan duydukları sözlere farklı anlamlar yüklemektedir. Söz konusu farklılıkların temelinde insanların geçmiş yaşantıları ve yetiştirilme tarzları yatmaktadır. Örneğin; söylenen bir söz kişiyi yüreklendiren ve cesaretlendiren bir söz olabilirken, kimileri için aynı sözler kışkırtıcı ve sinir bozucu olabilmektedir (Aydın, 1997). Bu nedenle sağlanan sosyal destek ile algılanan sosyal destek arasında iyi bir ayrım olduğu bilinmelidir (Dülger, 2009).

Algılanan sosyal destek kavramı temelde insanların diğer kişiler ile sosyal bağlarının güçlü olduğuna inanması şeklinde ifade edilmektedir (Park, 2007). Algılanan sosyal destek düzeyi insanların hayatlarının çeşitli alanlarında geliştirdikleri, kendilerine değer verildiği, özen gösterildiği, başvurabilecekleri insanların bulunduğu, sahip oldukları ilişkilerde tatmin oldukları inancına işaret eden genel bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Karadağ, 2007). Bunun yanında algılanan sosyal destek düzeyi bireyin sadece geçmişte sosyal destek aldığı zamandaki ruh halini değil, aynı zamanda mevcut ve gelecekteki ruh sağlığını da etkilemektedir (Sarason, Sarason ve Pierce, 1990; Akt: Ceran, 2010). Sağlanan destek düzeyini ise “kişiye sunulan destek kaynakları üzerinden kazanılan desteğin miktarı” biçiminde tanımlanmaktadır (Kef, 1997).

2.4.5. Menopoz ve Algılanan Sosyal Destek

Menopoz dönemindeki kadınlar yaşadıkları fiziksel ve ruhsal değişimler nedeniyle etrafındaki bireylerin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Kadınlar algıladıkları sosyal destek ile etraflarında güvenebilecekleri insanların var olduğunu, önemsendiğini, sevildiğini ve değer verildiğini hissetmektedir (Koçak ve diğerleri, 2017; Arslantaş ve Ergin, 2011). Menopoz döneminde bulunan kadınların temel gereksinimlerinin başında sosyal destek gelmektedir (Tortumluoğlu, 2004b). Algılanan sosyal destek düzeyi kadınların menopoz deneyimlerini etkilemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlarda algılanan sosyal destek düzeyinin hem kadınların yaşadıkları sorunları azalttığı hem de yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir. Bunun yanında yapılan bazı çalışmalarda özellikle doğal menopoza giren kadınlarda algılanan sosyal destek düzeyinin

menopozal belirti şiddetini azalttığı rapor edilmiştir (Karlıdere ve Özşahin, 2008; bni, Simbar, Dolatian ve Nasiri, 2016).

Kadın yaşamında önemli bir süreç olan menopoz döneminde sosyal destek algısının yüksek düzeyde olmasının kadınların sağlık düzeyini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir (Kökkaya, 2018). Menopoz döneminde bulunan kadınlar üzerinde bu konuda yürütülen bir çalışmada kadınların menopoz sürecine olumsuz anlamlar yükledikleri, fiziksel değişimlerin yanında toplumsal ve kültürel algılarının da etki ettiği tespit edilmiştir. Kadınlara içinde bulundukları bu süreçte sosyal destek sağlanmasının sağlık eğitimi, danışmanlık hizmeti ve sosyal destek sağlama şeklinde uygulanabileceği, söz konusu uygulamalarda hemşirelerin önemli birer role sahip olduğu belirtilmiştir (Koç ve Sağlam, 2008).

2.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; insanların içinde bulundukları değer ve kültür sistemi içerisinde beklentileri, amaçları, ilgileri ve yaşam standartları ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması biçiminde tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi insanların fiziksel ve psikolojik sağlıklarının yanında sosyal ilişkileri, inançları ve çevresi ile de yakından ilişkili olan geniş bir kavramdır (Başaran, Güzel, Sarpel, 2005). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “yaşanılan sosyal çevrenin bireydeki yansıması” biçiminde tanımlanmıştır (Reis, 2003). Son yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlerin yanında tıp alanında da yaygın olarak kullanılmakla birlikte, “Yaşam Kalitesi”ni tanımlamak oldukça zordur. Bunun temelinde yatan nedenlerin başında yaşam kalitesinin birçok alan ile yakından ilişkili olması gelmektedir. Bunun yanında toplumların sahip oldukları özellikler birbirinden farklı olduğu için yaşam kalitesi algısı her toplumdaki bireyler birbirinden farklıdır (Müezzinoğlu, 2005). DSÖ yaşam kalitesi kavramını “insanların içinde bulundukları değerler ve kültür sistemi içinde amaçları, ilgi alanlarını, beklentilerini ve sahip oldukları amaçları yaşam standartları içindeki algılama biçimleri” olarak tanımlamıştır. Bunun yanında yaşam kalitesi kavramı subjektif bir kavramdır. Temelde yaşam kalitesi bireysel iyilik halini ifade etmekte olup, kişinin yaşam koşullarına yönelik duyduğu mutluluk ve doyum ile ilişkilidir (WHO, 1997).

Yaşam kalitesi, insanların içinde bulundukları sosyo-kültürel koşullarda kendi sağlıklarını bireysel olarak algılama biçimleri ile yakından ilişkilidir. Başka kişilerin,

aile bireylerinin ya da sağlık personelinin kişinin sağlığı hakkındaki görüşleri yaşam kalitesini ifade etmemektedir.      kişinin, ailenin ya da toplum genelinin yaşam kalitesini devam ettirmesi sadece bireyin var olan kişiliğinin korunması ile gerçekleşmemektedir. Kişinin kendini iyi hissetmesi, kişinin işlevselliği ve yaşamından hoşnut olması ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır. Bu nedenle söz konusu unsurlar ile yaşam kalitesinin ölçülmesi mümkündür (Durukan, 2007). Yaşam kalitesini değerlendirme sürecinde holistik bir yaklaşımın esas alındığı görülmektedir. Bunun temel nedenlerinin başında birden fazla boyutun bir araya gelmesi ile yaşam kalitesinin ölçülmesidir. Örneğin, insanların yaşam kalitelerini oluşturan unsurlar arasında yer alan sosyal imkanlar, gelir düzeyi,  evre koşulları, politik ortam ve bireysel inançların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinden ayrı düşünülmemesi gerekmektedir.      söz konusu değerşkenler aynı zamanda insanların sağlık düzeylerini önemli derecede etkilemektedir (Müezzinoğlu, 2005). Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında monoton yaşam tarzının getirileri önemli yer almaktadır. Sedanter yaşam tarzı, beraberinde birçok sağlık sorununa sebep olmaktadır. Günümüzde sık görülen sedanter yaşamın sağlık üzerine negatif etkileri nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (Genç, şener, Karabacak,   ok, 2011).

2.5.1. Menopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi

Kadınlar yaşlandıkça değerşen sağlıklarına, çalışma ve evlilik yaşamlarına uyum gerektiren birçok geçiş tecrübesi yaşar. Bu geçişlerden bir tanesi de menopozdur. Yaşam s resinin uzamasıyla, kadınlar yaşamlarının üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedir. Bu dönemde kadının sağlık düzeyinin optimal düzeyde olması amaçlanmaktadır (Hotun şahin, 2015; Perry ve Lowdermilk, 2004). Bu amaçtan yola çıkararak kadınların bu dönemde yaşam kalitesinin yüksek olması beklenmektedir ( zt rk Eyimaya, 2019). Menopoz sürecinde yaşam kalitesi; bir kadının, menopoz süreciyle birlikte yaşamında meydana gelen değerşiklikler ve şikayetlerle baş edebilme derecesine, ne ölçüde baş edebildiğine ve bu dönem içerisinde kendi yaşamıyla ilgili mutluluk durumu ve doyumuyla ilişkili bir kavramdır (Erkin ve diğerleri, 2014; Uludağ, Güngör, Gencer, şahin ve Coşar, 2014).

Menopoz süreci yeni bir yaşam döngüsüne geçiş aşaması olduğu için bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanında menopoz sürecinde yaşa bağlı

değişiklikler nedeniyle birtakım semptomlar ortaya çıkmaktadır. Menopoz sürecinde kadınların yaşam kalitesi değerlendirilirken menopoza bağlı olarak gelişen semptomların da göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Aydemir, 2007). Bunun yanında menopoz sürecindeki semptomlar yaşam kalitesi üzerinde tek belirleyici değildir. Ancak menopoz semptomlarının yaşam kalitesi ile ilişkili olan beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Tokuç, Kaplan, Balık ve Gül, 2006). Menopoz sürecinde yaşam kalitesinin korunması sağlık üzerindeki en önemli hedeflerden birisidir. Menopoz döneminde bulunan kadınlarda yaşam kalitesinin düzeyini, yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olan unsurları belirlemek ve sonuçlarını kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır (Bezircioğlu ve diğerleri, 2004).

Çıkar (2008) tarafından bu konuda yürütülen bir çalışmada menopoz sürecinde kadınlarda yaygın olarak görülen depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. İnceboz ve diğerleri (2010) tarafından yürütülen ve Manisa ilinde gerçekleştirilen çalışmada kadınların klimakterik döneme ilişkin görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada kadınların içinde bulundukları dönemde eğitim durumunun, ailedeki kararlara katılma düzeyleri ile ekonomik özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği tespit edilmiştir. Aynı çalışmada evli kadınlar ile yüksek beden kitle indeksine sahip olan kadınların yaşam kalitelerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Karmakar ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada da menopoz döneminde kadınların yaşam kalitelerini etkileyen unsurların incelenmesi amaçlanmış, araştırmada kadınlarda fiziksel, vazomotor, psikolojik ve seksüel anlamda birtakım semptomların gözlemlendiği ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur.

2.6. Menopozal Dönemde Hemşirelik Bakımı

Kadın hayatının önemli bir bölümü menopoz dönemi olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsan ömrü uzadıkça menopoz döneminde geçirilen zaman dilimi de artmaktadır. Bu noktada menopoz döneminde yaşam kalitesini arttırmaya yönelik eğitimlerin önemi giderek artmaktadır (D. Topçuoğlu ve A. Topçuoğlu, 2004). Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları değişimler fizyolojik, psikolojik ve hormonal değişiklikler şeklinde sıralanmakta olup, menopoz döneminde yaşanan

sorunların önemli birer halk sağığı problemi olarak değerdendirilmesi gerekmektedir. Menopoz döneminde sağığı olumsuz yönde etkileyen semptomların ortaya çıkması nedeniyle kadınların toplumsal uyum sorunları yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir. Bu nedenle menopoz döneminde bulunan kadınlarda sağığı koruyucu ve geliştirici uygulamalara gereksinim duyulduğu belirtilmektedir (Saka, Ceylan, Ertem, Palanci ve Toksöz, 2005).

Hemşireler de diğer sağık ekibi üyeleri gibi klimakterik döneme ait sağık sorunlarının belirlenmesinde, bu dönemde ortaya çıkan semptomların etkilerinin azaltılma sürecinde kullanılacak yöntemlerin planlanmasında ve uygulanmasında etkin rol almaktadırlar (Yurdakul ve diğerleri, 2007). Menopoz döneminde sunulan hemşirelik bakımı ile menopoz döneminde bulunan kadınların içinde bulundukları döneme ait bilgi düzeylerinin arttırılması, bunun yanında karşılaştıkları sorunlar ile başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu süreçte sağık ekibinin profesyonel birer üyesi konumunda bulunan hemşireler, bir taraftan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları sorunların saptanmasında, diğer taraftan ise yapılan girişimlerin planlanmasında ve uygulanmasında görev almaktadırlar (Timur, 2008).

Klimakterik dönemde bulunan kadınlara uygulanacak olan hemşirelik bakımının temel hedefleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Tortumluoğlu, 2004b; Akt: Sert, 2009);

- Menopoz döneminde bulunan kadınları ve ailelerini söz konusu dönem hakkında bilinçlendirmek, yanlış bilgi, algılama ve inançları en aza indirerek anksiyete oluşumunu engellemek,
- Menopoz döneminde ortaya çıkan sorunlarla ilgili olarak kadınlara ve ailelerine etkin başa çıkma stratejileri kazandırma sürecinde danışmanlık hizmeti sunmak,
- Egzersiz, beslenme, sosyal ve cinsel aktivite planlamalarında kadınlara ve ailelerine sağık eğitimi sunmak,
- Kadınların erken tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmelerini sağlamak ve kadınları söz konusu sağık hizmetlerine yönlendirmek,
- Kadınların menopoz sürecine ilişkin değışiklikleri tanımlarına katkı sağlamak,

- Kadınların kendi sağlıkları ile ilgili konularda kendi kararlarını verebilme becerilerini geliştirmek.

Yapılan bu araştırma konusu ile ilgili olarak menopoza dönemindeki kadınlara;

- Menopoza ilişkin bilgilendirme ve eğitim için programlar ile kadınların bu yaşam dönemine hem fiziksel hem de ruhsal yönden daha iyi hazırlanmaları sağlanmalıdır (Bezircioğlu ve diğerleri, 2004).
- Premenopozal dönemden itibaren sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi için risk altında bulunanların özellikle birinci basamakta takibi, ruhsal problemleri olanların menopoza döneminde takibinin sıklasması, rehabilitasyonu ve koruyucu eğitimlerin düzenlenmesi sağlanmalıdır ( zdemir ve Kavak, 2020).
- Kadınlara verilecek olan eğitimlere kadına destek olabileceği düşünülen kişilerin de (eş,  ocuk vs.) katılması sağlanmalıdır. Bu şekilde kadınların menopoza karşı tutumlarının olumlu yönde değişeceği, menopozal yakınmalarının azalacağı ve bu dönemi daha rahat geçirebilecekleri öngörülmektedir (Kökkaya, 2018).
- Sağlık personeli, olumlu sosyal ilişkilerin geliştirilmesinin önemi hakkında kadını ve ailesini bilgilendirmeli ve çeşitli sosyal aktivitelerin düzenlemeleri önerilmektedir (Tunçarslan, 2019).
- Menopoza döneminde yaşanabilecek rahatsızlıklara karşı süreç başlamadan önce etkili baş etme yöntemlerinin anlatılması ve bu bilgilerin davranışa geçirilebilmesi için kadın desteklenmelidir (Yurdakul ve diğerleri, 2007).
- Menopoza dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini arttırmak için menopozun bir hastalık olmayıp yaşanması gereken bir dönem olduğu anlatılmalı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yanlış anlaşılmalar açıklanmalıdır (Erkin ve diğerleri, 2014).
- Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla uykusuzluk yakınmaları için hemşirelik girişimleri planlanıp uygulanmalıdır (Timur, 2008).
- Kadınlarda bu dönemde görülen hormonal değişiklikler vücut ağırlığını arttırmaktadır. Menopoza girmiş bireylere kişiye özgü beslenme planı hazırlanıp vücut ağırlığının düzenli takibi için diyetisyene yönlendirme yapılmalı ve ideal kilosunu korumada destek olunmalıdır (G r, 2021).

- Menopozdaki kadında bireysel bakım önemlidir bu yüzden menopoz klinikleri çoğaltılmalı, bu kliniklerde bakım veren hemşirelerin menopoz konusunda donanımlı olmalarına dikkat edilmelidir (Erkin ve diğeri, 2014).
- Birinci basamak sağık hizmeti verilen kurumlarda, klimakterik dönemdeki kadınlarla iç içe olan sağık personeline yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir (Kökkaya, 2018).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteği, anksiyete düzeyini ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, 1950 yılında yerel halk tarafından kurulmuş ve dernek vasıtasıyla kurulum süreci gerçekleştirilmiştir. İlk olarak 80 yatak kapasitesine sahip olan bina 1956 yılında tamamlanmış, 1988 yılında ise Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastanesi statüsü ile Osmaniye köyünde hizmete girmiştir. 2005 yılında söz konusu hastane ile merkezde yer alan devlet hastanesinin birleştirilmesine karar verilmiştir. 2008 yılının Temmuz ayında yapımı tamamlanmış olan ek bina 2019 yılına kadar hizmet vermeye devam etmiştir. Hastane 17 Haziran 2019 tarihinden itibaren modern tıbbi cihazlar ile donatılmış olan binada poliklinik hizmetlerine başlamıştır. Sinop Ayancık Devlet Hastanesi, 14.11.2016 tarihinde Cevizli Mahallesi'nde yeni binasına taşınarak hizmete açılmıştır. 20 yataklı kadın hastalıkları, 20 yataklı genel cerrahi servisi, 20 yataklı dahiliye servisi, 6 yataklı acil servis ve doğum servisi, 5 yatak kapasiteli yoğun bakım servisi bulunmaktadır. Hastanede 15'i hekim olmak üzere toplam 105 personel görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Sinop Atatürk Devlet Hastanesi ve Sinop Ayancık Devlet Hastanesinde 15.04.2021-20.07.21 tarihleri arasında bu hastanelerde görev yapan kadın personel ve hastaneye başvuran veya tedavi alan bireylerin refakatçileri ve ziyaretçileri arasından menopoza girmiş olan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırma örneklemini bu hastanelerde 15.04.2021-20.07.21 tarihleri arasında görev yapan kadın personel ve hastaneye başvuran veya tedavi alan bireylerin refakatçileri ve ziyaretçileri arasından dahil edilme kriterlerine uygun menopoza girmiş kadınlar oluşturmaktadır (n:150).

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- En az 1 yıl en fazla 3 yıldır menopoza girmiş olmak,
- Psikiyatrik bir tanı almamış olmak,
- Veri toplama formlarını eksiksiz doldurmuş olmayı içermiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; kişisel bilgi formu (Ek1), çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (Ek2), menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği (Ek3) ve Beck anksiyete envanteri (Ek4) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Bireyin tanıtıcı bilgilerinin bulunduğu 21 maddeden oluşan bu form, menopoz dönemindeki kadınların kişisel, sosyo-demografi, menopoza ilişkin düşünce ve davranış özelliklerini içermektedir. Bu form, konu ile ilgili literatür incelenerek (Tunçarslan, 2019; Kökkaya, 2018) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek literatürde ilk olarak Zimet ve diğerleri tarafından (1988) yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Eker, Arkar ve Yıldız (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. Eker ve diğerleri tarafından (2001) yılında ölçeğin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik araştırması yapılmıştır (Eker ve diğerleri, 2001). Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli likert tipi özelliktedir. Ölçeğin aile (3., 4., 8., 11. maddeler), arkadaş (6., 7., 9., 12. maddeler)

ve özel bir insan (1., 2., 5., 10. maddeler) desteğini belirleyen üç alt boyutu vardır. Ölçekteki alt boyutların puanı 4 ile 28, toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmekte olup, puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin güvenirliği üç farklı örneklem grubunda yapılmış olup cronbach alfa değerinin tüm skala için 0.89, aile desteği boyutu için 0.85, arkadaş desteği boyutu için 0.88 ve özel insan boyutu için 0.92 olduğu saptanmıştır. (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Bu çalışmadaki ölçeklerin güvenirlik analizlerinde cronbach alfa kat sayısı genel güvenilirlik düzeyinin 0.84, aile alt boyutunun 0.79, arkadaş alt boyutunun 0.76 ve özel bir insan alt boyutunun 0.77 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.2).

3.5.3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Ölçek literatürde ilk kez John R. Hilditch, Jacqueline Lewis ve diğerleri tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk geliştirilme amacı kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopozda sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturulmasıdır. Ölçek, 2005 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından Türk toplumuna uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yürütülmüştür. Ölçeğin cronbach alfa değerleri; vazomotor alan için 0.73, psikososyal alan için 0.84, fiziksel alan için 0.88 ve cinsel alan için 0.84 olduğu saptanmıştır. (Kharbouch ve Şahin, 2007). Bu çalışmada da Cronbach Alpha değerleri; genel güvenilirlik düzeyinin 0,91 olduğu, alt boyutlar olan vazomotor alan için 0,83, psikososyal alan için 0,82, fiziksel alan için 0,88 ve cinsel alan için 0,81 düzeyinde iç tutarlılık seviyesine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

Ölçek yapısı itibarıyla 8'li likert türündedir. Bu kapsamda MÖYKÖ'de her bir alt alan puanı 1 den 8 e doğru sıralanmıştır. 1 puan o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını göstermektedir. 2 puan söz konusu durumun var olduğunu ve yaşandığını, buna karşılık herhangi bir rahatsız ediciliği olmadığını işaret etmektedir. Elde edilen puanın 3-8 arasında bulunması durumunda ise sorunun şiddetini ve artan dereceleri ortaya konulmaktadır (Kharbouch ve Şahin, 2007). Puanın düşük olması kadındaki yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek toplamda dört alt boyuttan meydana gelmekte olup, söz konusu alt boyutlar vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alt boyutlardan oluşmaktadır.

Alt boyutların temel özellikleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

- Vazomotor alana yönelik sorular (1-3): Kadının sıcak basması ya da yüzde kızarıklık, gece terlemesi ve terleme durumuna ilişkin ifadeleri içermektedir.
- Psikososyal Alana Yönelik Sorular (4-10): Hayatından memnun olmama, endişeli ve gergin hissetme, hafızada zayıflama hissetme, kendini eskisinden daha az başarılı hissetme, depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme, diğer insanlara tahammülsüzlük ve yalnız kalma isteğine ilişkin ifadeleri içermektedir.
- Fiziksel Alana Yönelik Sorular (11-26.): Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları, kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış, uyuma güçlüğü, baş ve boyun arkasında ağrılar, fiziksel güçte azalma, dayanma gücünde azalma, enerjide azalma hissi, ciltte kuruluk, kilo alma, yüz tüylerinde artma, cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik, şişkinlik hissi, bel ağrısı sık idrara çıkma, öksürürken ya da gülerken idrar kaçırmaya ifadelerini içermektedir.
- Cinsel Alana Yönelik Sorular (27-29): Cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinada ağrı ve kuruluk, cinsellikte kaçınmayı belirlemeye yönelik ifadeler içermektedir (Akt: Gökgöz, 2016).

3.5.4. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Ölçek ilk olarak 1988 yılında Aaron T. Beck ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olup, Beck Anksiyete Envanteri Ulusoy ve diğerleri 1998 tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek toplamda 21 maddeden meydana gelmektedir. Ölçeğin ilk 13 maddesi sübjektif kaygıyı, 8'i ise somatik semptomları değerlendirmektedir. Maddelere verilen cevap seçenekleri 0 ile 3 arasında puanlandırılmakta olup, ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 63 olarak görülmektedir (Beck, Epstein, Brown ve Steer, 1988; Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1998; Aydemir ve Köroğlu, 2006). Ölçeğin değerlendirilmesi 0-7 puan anksiyete belirtileri yok, 8-15 hafif düzeyde anksiyete, 16-25 orta düzeyde, 26-63 şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri şeklindedir (Beck ve diğerleri, 1988). Ulusoy ve diğerlerinin (1998) çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri 0,85 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach Alpha genel güvenirlilik düzeyinin 0,89 olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

3.5.5. Verilerin Toplanması

Araştırma Sinop ili bünyesindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sinop Atatürk Devlet Hastanesi ve Sinop Ayancık Devlet Hastanesinde 15.04.2021-20.07.2021 tarihleri arasında bu hastanelerde görev yapan kadın personel ve hastaneye başvuran veya tedavi alan bireylerin refakatçileri ve ziyaretçileri arasından menopoş dönemindeki kadınlara yüz yüze görüşme yoluyla veri toplama araçları uygulanmıştır.

3.5.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini değerlendirmek için, Sinop Atatürk Devlet Hastanesinde örneklem grubuna uygun menopoş dönemindeki 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Geri bildirimler doğrultusunda anlaşılmayan sorular üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (16.03.2021 tarihli Karar No:19) gerekli izin (Ek 5), Sinop İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izinleri (Ek 6) ve kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan kadınlardan sözlü ve yazılı onam ve bilgilendirilmiş onam formuna imzaları alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi konusunda; Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Çalışmadaki ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin incelenmesinde cronbach alfa katsayılarına bakılmıştır. Ölçek puanlarının demografik özelliklere ve diğer özelliklere göre farklı olup olmadığını incelemek için ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis analizi yapılmıştır. Çalışmada ölçekler ve ölçüm değerleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmada 0.05'den küçük p değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 25.0 ile analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Menopoz dönemindeki kadınların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Yaş grubu	38-43	6	4.0
	44-49	45	30.0
	50-55	80	53.3
	56-61	19	12.7
Menopoz Yaşı	38-43	10	6.7
	44-49	67	44.7
	50-55	68	45.3
	56-61	5	3.3
Menopozda Olma Süresi	1.0	43	28.7
	2.0	42	28.0
	3.0	65	43.3
Medeni durum	Evli	136	90.7
	Bekâr	14	9.3
Eğitim düzeyi	Okur yazar değil	9	6.0
	Okur yazar	1	0.7
	İlkokul	94	62.7
	Ortaokul	7	4.7
	Lise	17	11.3
	Üniversite	22	14.6
Eşin eğitim durumu	Okur yazar	1	0.7
	İlkokul	67	49.3
	Ortaokul	24	17.7
	Lise	18	13.2
	Üniversite	26	19.1
Çalışma durumu	Çalışıyor	34	22.7
	Çalışmıyor	116	77.3
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	63	46.3
	Çalışmıyor	73	53.7
Çocuk sayısı	0-1	22	14.7
	2-3	98	65.3
	4 ve daha fazla	30	20.0
Sigara kullanma durumu	Evet	38	25.3
	Hayır	112	74.7
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	38	25.3
	Hayır	112	74.7
Herhangi bir kronik hastalığın varoluşu	Evet	74	49.3
	Hayır	76	50.7

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan kadınlara ait demografik özellikler sunulmuştur. Buna göre kadınların yaş dağılımı %4’ünün 38-43, %30’unun 44-49, %53.3’ünün 50-55, %12.7’sinin 56-61 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Menopoz yaşı dağılımı %6.7’sinin 38-43, %44.7’sinin 44-49, %45.3’ünün 50-55, %3.3’ünün 56-61 yaş arasında olduğu görülmektedir. Menopozda kalma süresi dağılımı %28.7’sinin 1 yıldır , %28’inin 2 yıldır, %43.3’ünün 3 yıldır menopozda olduğu belirlenmiştir. Medeni durum dağılımının %90.7’sinin evli, %9.3’ünün bekâr olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi dağılımı %6’sının okuryazar değil, 1 kişi %0.7’sinin okuryazar, %62.7’sinin ilkokul, %4.7’sinin ortaokul, %11.3’ünün lise, %14.6’sının ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Eşin eğitim durumu dağılımının %0.7’sinin okuryazar, %49.3’ünün ilkokul, %17.7’sinin ortaokul, %13.2 lise, %19.1’inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu dağılımının %22.7’si çalışıyor, %77.3’ü çalışmıyor olduğu görülmektedir. Eşin çalışma durumu dağılımının %46.3’ü çalışıyor, %53.7’si çalışmıyor olduğu belirlenmiştir. Çocuk sayısı dağılımının %14.7’si 0-1, %65.3’ü 2-3, %20’sinin 4 ve daha fazla çocuğu olduğu görülmektedir. Sigara kullanımı durumu dağılımının %25.3’ü evet, %74.7’si hayır olduğu saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapma durumu dağılımının %25.3’ü evet, %74.7’si hayır olduğu belirlenmiştir. Herhangi bir kronik hastalık durumu dağılımının %49.3’ünün evet, %50.7’sinin hayır olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1: Menopoz dönemindeki kadınların sosyodemografik özellikleri (devamı)

		n	%
Hastalıkla ilgili doktor kontrolüne gidiyor olma	Evet	69	93.2
	Hayır	5	6.8
Hastalığınızla ilgili ilaç kullanma durumu	Kullanıyor	74	100.0
	Kullanmıyor	0	0.0
Menopoz dönemine yönelik sağlık kuruluşuna başvurma durumu	Evet	61	40.7
	Hayır	89	59.3
Menopoza yönelik herhangi bir tedavi alınması	Evet	51	83.6
	Hayır	10	16.4
Menopoz döneminde sıcak basması, gece terlemesi gibi şikayetler yaşanması	Evet	131	87.3
	Hayır	19	12.7
Bu şikayetler için herhangi bir şey yapma durumu	Evet	71	54.2
	Hayır	60	45.8
Sağlığın nasıl algılandığı	İyi	58	38.7
	Orta	88	58.7
	Kötü	4	2.6
Menopoz dönemini nasıl algıladığı	İyi	38	25.3
	Orta	84	56.0
	Kötü	28	18.7
Menopozun çevreyle (akraba, arkadaş gibi) olan ilişkiyi etkileme durumu	Olumsuz etkiledi	18	12.0
	Etkilemedi	132	88.0

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan kadınlara ait demografik özelliklerin devamı sunulmuştur. Bu araştırmaya katılan kadınların hastalıkla ilgili olarak doktor kontrolüne gitme durumu dağılımının %93.2’sinin evet, %6.8’inin hayır olduğu saptanmıştır. Hastalıklarıyla ilgili %100’ünün ilaç kullandığı, %0’ının ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Menopoz dönemine yönelik sağlık kuruluşuna %40.7’si başvurduğu, %59.3’ünün başvurmadığı saptanmıştır. Menopoza yönelik %83.6’sı herhangi bir tedavi aldığı, %16.4’ünün almadığı belirlenmiştir. Menopoz döneminde sıcak basması, gece terlemesi gibi şikayetler yaşayanların oranının %87.3, yaşamayanların ise %12.7 olduğu saptanmıştır. Bu şikayetleri azaltmak için herhangi bir şey yapanların oranı %54.2, yapmayanların ise %45.8 olduğu belirlenmiştir. Sağlığın %38.7’sinin iyi, %58.7’sinin orta, %2.6’sının kötü olarak ifade edildiği belirlenmiştir. Menopoz döneminin %25.3’ünün iyi, %56’sının orta, %18.7’sinin kötü olarak ifade edildiği belirlenmiştir. Menopoz çevreleriyle (akraba, arkadaş gibi) olan ilişkilerini %12’sinin olumsuz etkilediği, %88’inin etkilemediği görülmektedir.

Tablo 4.2: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ), Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği (MÖYKÖ) ve Beck anksiyete envanterinin (BAE) güvenilirlik düzeylerinin incelenmesi

	$\bar{X} \pm S.S$	Min-Max	Cronbach alfa katsayısı
ÇBASDÖ	58.63±15.44	20-84	0.84
Aile	26.33±6.32	6-28	0.79
Arkadaş	20.04±6.48	4-28	0.76
Özel Bir İnsan	16.11±12.5	8-28	0.77
MÖYKÖ	81.31±29.36	13-152	0.91
Vazomotor alan	10.42±6.06	0-18	0.83
Psikosozyal alan	17.5±10.12	0-39	0.82
Fiziksel alan	43.66±16.24	3-80	0.88
Cinsel alan	9.73±5.27	0-18	0.81
BAE	11.60±9.79	0-45	0.89

Tablo 4.2’de ölçek puanlarının 58.63±15.44 seviyesinde olduğu ve bu düzeyinin 0.89 puan üzerinden değerlendirildiğinde hastaların ÇBASDÖ düzeylerinin orta seviyenin üzerinde yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki ÇBASDÖ’nin puan ortalamaları aile alt boyutu 26.33±6.32, arkadaş alt boyutu 20.04±6.48, özel bir insan boyutu 16.11±12.50’dir. Araştırmada uygulanan güvenilirlik analizlerinde cronbach alfa katsayısı genel güvenilirlik düzeyinin ($\alpha=0.84$), aile alt boyutunun ($\alpha=0.79$), arkadaş alt boyutunun ($\alpha=0.76$) ve özel bir insan alt boyutunun ($\alpha=0.77$) düzeyinde iç tutarlılık seviyesine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Ölçek ve alt boyutların güvenilirlik düzeylerinin 0.70 seviyesinin üzerinde olmasından dolayı güvenilir olduğu görülmüştür. Alt boyut puanları incelendiğinde aile ve arkadaş desteğinin yüksek sayılabilecek bir düzeyde olduğu, özel insan desteğinin ise orta seviyelerde olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada MÖYKÖ’nün puan ortalamaları vazomotor alan alt boyutu 10.42±6.06, psikososyal alan alt boyutu 17.5±10.12, fiziksel alan alt boyutu 43.66±16.24, cinsel alan alt boyutu 9.73±5.27’dir. Araştırmada uygulanan güvenilirlik analizlerinde cronbach alfa katsayısı genel güvenilirlik düzeyinin ($\alpha=0.91$) olduğu, alt boyutlar olan vazomotor alan ($\alpha=0.83$), psikososyal alan ($\alpha=0.82$), fiziksel alan ($\alpha=0.88$) ve cinsel alan ($\alpha=0.81$) düzeyinde iç tutarlılık seviyesine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Kadınların MÖYKÖ puanları incelendiğinde tüm alt boyutlarında orta düzeylerde yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada BAE’nin puan ortalaması 11.60±9.79’dur. Araştırmada uygulanan güvenilirlik analizlerinde cronbach alfa katsayısı genel güvenilirlik

düzeyinin ($\alpha=0.89$) olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Ölçek kesim noktalarına göre katılımcıların %83.3'nün düşük, %5.3'nün orta ve %11.4'nün yüksek düzeyde anksiyeteye sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3: ÇBASDÖ ve MÖYKÖ'den alınan puanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi

		MÖYKÖ	Vazomotor alan	Psikosozal alan	Fiziksel alan	Cinsel alan
ÇBASDÖ	r	-0.33*	-0.15	-0.37*	-0.29*	-0.08
	p	0.01	0.07	0.01	0.01	0.33
Aile	r	-0.37*	-0.10	-0.48*	-0.33*	-0.11
	p	0.01	0.23	0.01	0.01	0.18
Arkadaş	r	-0.36*	-0.14	-0.37*	-0.26*	-0.05
	p	0.01	0.09	0.01	0.01	0.58
Özel Bir İnsan	r	-0.25*	-0.15	-0.29*	-0.21*	-0.05
	p	0.01	0.07	0.01	0.01	0.52

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. * $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ilişki

Tablo 4.3 incelendiğinde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları ile menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği arasında, psikosozal ve fiziksel alan kalitesi ile negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0.37$, $r=-0.29$, $p<0.05$). Vazomotor alan ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeyleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği düzeylerinin anlamlı olarak ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0.15$, $r=-0.08$, $p>0.05$). Kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça menopoza özgü yaşam kalitesi psikosozal ve fiziksel alanda artarken, vazomotor ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Ailesel destek düzeylerinin menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, psikosozal ve fiziksel alan kalitesi ile negatif yönde ve orta ve zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0.48$, $r=-0.33$, $p<0.05$). Aile destek düzeylerinin artması yaşam kalitesini psikosozal ve fiziksel alanda arttırmaktadır. Vazomotor alan ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeyleri ile ailesel destek düzeylerinin anlamlı olarak ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0.10$, $r=-0.11$, $p>0.05$).

Arkadaş desteği düzeylerinin menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, psikosozal ve fiziksel alan kalitesi ile negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0.37$, $r=-0.26$, $p<0.05$). Arkadaş destek düzeyinin artması yaşam kalitesini psikosozal ve fiziksel alanda arttırmaktadır. Vazomotor alan ve cinsel alan

yaşam kalitesi düzeyleri ile arkadaş desteği düzeylerinin anlamlı olarak ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0.14$, $r=-0.05$, $p>0.05$).

Özel bir insan desteği düzeylerinin menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği (MÖYKÖ), psikosoyal ve fiziksel alan kalitesi ile negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0.29$, $r=-0.21$, $p<0.05$). Özel bir insan destek düzeyinin artması yaşam kalitesini psikososyal ve fiziksel alanda arttırmaktadır. Vazomotor alan ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeyleri ile özel bir insan düzeylerinin anlamlı olarak ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0.15$, $r=-0.05$, $p>0.05$).

Tablo 4.4: ÇBASDÖ ve BAE'den alınan puanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi

		BAE
ÇBASDÖ	r	-0.18*
	p	0.03
Aile	r	-0.30*
	p	0.01
Arkadaş	r	-0.17*
	p	0.03
Özel Bir İnsan	r	-0.17*
	p	0.03

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. * $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ilişki

Tablo 4.4'te çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, arkadaş ve özel bir insan desteği düzeylerinin anksiyete düzeyleri ile negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir ($r=-0.18$, $p<0.05$).

Kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, arkadaş ve özel bir insan desteği alma seviyelerinin artmasının anksiyete düzeylerini zayıf düzeyde düşüreceği ifade edilir.

Tablo 4.5: MÖYKÖ ve BAE'den alınan puanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi

		BAE
MÖYKÖ	r	0.55*
	p	0.01
Vazomotor alan	r	0.31*
	p	0.01
Psikosoyal alan	r	0.45*
	p	0.01
Fiziksel alan	r	0.53*
	p	0.01
Cinsel alan	r	0.51*
	p	0.01

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. *p< 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki

Tablo 4.5'te menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, vazomotor, psikosoyal, fiziksel, cinsel alan yaşam kalitesi düzeylerinin anksiyete düzeyleri ile pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir (r=0.55, p<0.05).

Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesinin yükselmesinin anksiyete düzeyini orta düzeyde düşüreceği ifade edilir.

Tablo 4.6: ÇBASDÖ-MÖYKÖ'nün tüm boyutlarından alınan puanların BAE'nin anksiyete düzeylerine göre dağılımı

	BAE Grubu		p
	Düşük düzeyde (n=125)	Orta ve yüksek düzeyde (n=25)	
	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	
ÇBASDÖ	63.05±10.85	57.95±15.95	0.04*
Aile	28.65±4.03	25.98±6.54	0.03*
Arkadaş	22.65±4.36	19.64±6.67	0.01*
Özel Bir İnsan	37.95±9.14	31.83±12.94	0.03*
MÖYKÖ	51.7±18.31	85.86±28.1	0.01*
Vazomotor alan	5.20±5.59	11.22±5.74	0.01*
Psikosoyal alan	9.00±6.72	18.81±9.93	0.01*
Fiziksel alan	28.65±13.06	45.97±15.47	0.01*
Cinsel alan	6.85±5.18	10.86±5.3	0.04*

Mann Wihtney U testi yapılmıştır. * p<0.05 düzeyinde anlamlı ilişki

Tablo 4.6'da Anksiyete düzeyleri orta ve yüksek düzeyde olan kadınların, düşük seviyede anksiyetesi olanlara göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği,

aile, özel bir insan ve arkadaş desteği düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görölmüşür ($p<0.05$).

Anksiyete düzeyleri orta ve yüksek düzeyde olan kadınların, düşük seviyede anksiyetesi olanlara göre menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, vazomotor, psikosoyal, fiziksel, cinsel alan yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görölmüşür ($p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteği, anksiyete düzeyini ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi konulu bu araştırmada, elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

Menopoz döneminde bulunan kadınların depresyon ve anksiyete düzeyi, yaşam kalitesi ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. Postmenopozal kadınlarda anksiyete ve depresyon, yaşam kalitesi ve mental sağlığı olumsuz etkilemektedir (Jafari, Hadizadeh, Zabihi ve Ganji, 2014). Menopoz dönemindeki kadınların temel gereksinimlerinden birisi sosyal destektir (Tortumluoğlu, 2004b). Algılanan sosyal desteğin menopozal semptomlar üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu, menopoz sonrası kadınların sorunlarını azaltmaya ve yaşam kalitelerini arttırmaya yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Moghani, Simbar, Dolatian, ve Nasiri, 2016).

Yapılan bu araştırmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, arkadaş ve özel bir insan desteği düzeylerinin anksiyete düzeyleri ile negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada menopozda görülen semptomların anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelendiği ve doğal menopoz grubundaki kadınlarda aile desteğinin artmasıyla birlikte menopozal septom şiddetinin azaldığı belirtilmiştir. Aynı zamanda sosyal desteği iyi olan kadınların psikolojik şikayetlerinin azaldığını ve kendilerini ruhsal yönden iyi hissettiklerini saptamıştır (Karlidere ve Özşahin, 2008). Yapılan başka bir araştırmada ise menopozal dönemdeki kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça psikolojik iyi oluşları artmaktadır. Aynı çalışmada kadınların algıladığı sosyal destek psikolojik iyi oluşu %68 oranında etkilediği açıklanmaktadır (Özdemir ve Kavak, 2020).

Bu araştırmada kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça menopoza özgü yaşam kalitesi psikososyal ve fiziksel alanda artarken, vazomotor ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda ise yaşam kalitesinin azaldığı ve anksiyetenin

artış gösterdiği ifade edilebilir. Karlıdere ve Özşahin (2008) bulgularında benzer sonuçlara ulaşmıştır. Yerli literatürde ise cerrahi yolla menopoza girmiş olan kadınlarla yapılan çalışmada sosyal desteğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir (Mumcu Boğa, 2013). Böylece menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerinin artırılması için verilecek sağlık eğitiminde kadının destek olacağına inandığı kişiler de (eş, çocuk gibi) dahil edilerek menopoz döneminde yaşanabilecek rahatsızlıklar ve bu rahatsızlıklarla etkili baş etme yöntemleri anlatılarak bu bilgilerin davranışa geçirilebilmesi için kadının desteklenmesi sağlanmalıdır.

Bu araştırmada kadınların anksiyete düzeylerinin yükselmesinin menopoza özgü yaşam kalitesini anlamlı olarak düşüreceği ifade edilir. Karmakar ve diğerleri (2017) perimenopozal ve postmenopozal kadınlarla yaptıkları çalışmada katılımcıların %94'ünde anksiyete ve gerginlik, %88'inde depresyon semptomları görülmüştür. Bütün bu semptomların yaşam kalitesini etkilediği değerlendirilmiştir. Yapılan bir çalışmada klimakterik dönemdeki kadınların anksiyete düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında ters orantı olduğu görülmüştür. Anksiyete düzeyleri arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktadır (Yıldız, 2019). Yapılan başka bir çalışmada menopozal dönemdeki kadınların anksiyete düzeyleri arttıkça menopozal semptom şiddetinin arttığı ve menopoza özgü yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarıyla negatif yönde etkilendiği görülmüştür (Taşkiran, 2019). İnsanın genel ruh hali ve anksiyete varlığı hayatını her anlamda etkilemektedir. Yaşam kalitesinin artırılması için önceliklerden biri kişinin duygu durumunun iyileştirilmesidir.

Karlıdere ve Özşahin (2008), Koçak ve diğerleri (2017), Bezircioğlu ve diğerleri (2004), Duç (2014) çalışmalarında menopoz, sosyal destek veya anksiyete ilişkilerini farklı düzeylerde incelemişlerdir. Sonuç olarak hissedilen sosyal destek algısının artması veya anksiyete düzeyinin anlamlı düşüş göstermesi durumunda kadınların yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür. Bu açıdan menopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin azaltılması ve daha sonra sosyal destek sağlanmasının menopoz döneminde yaşam kalitesini arttırmak için elverişli bir yol olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışma grubunun sadece %11,4'nün yüksek düzeyde anksiyete seviyesinde olduğu saptanmıştır. Bu yüksek anksiyete grubunun daha yüksek oranlara çıkması yaşam kalitesi ve anksiyete arasındaki bu güçlü düzeydeki etkiyi daha arttırabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada menopoz dönemindeki kadınların çok boyutlu algılanan sosyal desteğin, anksiyete düzeyinin ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma, Sinop Atatürk Devlet Hastanesi ve Sinop Ayancık Devlet Hastanesinde 15.04.2021-20.07.2021 tarihleri arasında bu hastanelerde görev yapan kadın personel ve hastaneye başvuran veya tedavi alan bireylerin refakatçileri ve ziyaretçileri arasından menopoza girmiş olan dahil edilme kriterlerine uygun 150 kadın ile yürütülmüştür.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları ile menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği arasında, psikosoyal ve fiziksel alan kalitesi ile negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.3, $r=-0.37$, $r=-0.29$, $p<0.05$). Vazomotor alan ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeyleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği düzeylerinin anlamlı olarak ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3, $r=-0.15$, $r=-0.08$, $p>0.05$). Kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça menopoza özgü yaşam kalitesi psikosoyal ve fiziksel alanda artarken, vazomotor ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, arkadaş ve özel bir insan desteği düzeylerinin anksiyete düzeyleri ile negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4, $r=-0.18$, $p<0.05$). Kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.

Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, vazomotor, psikosoyal, fiziksel, cinsel alan yaşam kalitesi düzeylerinin anksiyete düzeyleri ile pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5, $r=0.55$, $p<0.05$). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

Bu çalışmada anksiyete düzeyinin yüksek olması menopoza özgü yaşam kalitesinin ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olmasına neden olmaktadır. Anksiyete düzeyleri orta ve yüksek düzeyde olan kadınların, düşük seviyede anksiyetesi olanlara göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, özel bir insan ve arkadaş desteği düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu

görülmüştür ($p<0.05$). Anksiyete düzeyleri orta ve yüksek düzeyde olan kadınların, düşük seviyede anksiyetesi olanlara göre menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, vazomotor, psikosoyal, fiziksel, cinsel alan yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınların yaşam kalitelerinin artırılması için anksiyete düzeylerinin azaltılması ve sosyal destek düzeylerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Menopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerini düşürecek koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında programların hazırlanmasının kadınların yaşam kalitesini artırma yönünde önemli bir etkiye sahip olacağı düşünülmektedir.
- Çalışmada özellikle eğitim düzeyi düşük ve gelir getirici bir işte çalışmayan dezavantajlı grupların yaşam kalitelerinin ve sosyal destek düzeylerinin düşük olmasından dolayı, bu gruplara özgü özel etkinlikler veya sosyal sorumluluk projeleri ile kadınların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin artırılmasında faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Menopoz poliklinikleri yaygınlaştırılarak menopoz ile ilgili halkın bilinç düzeyi artırılarak, doğru olamayan ve eksik bilgilerinin giderilmesine yönelik eğitimlerin artırılması önerilmektedir.
- Ebe ve hemşirelerin eğitim ve danışmanlık konusunda bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi için hizmet içi eğitim programlarının artırılıp daha sık aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir.
- Çalışmada incelenen kadınların demografik özellik ve anksiyete bakımından farklılaşmasının sonuçları değiştirme ihtimaline yönelik olarak, çalışmanın daha geniş bir kadın grubunda ülke şartlarını sağladığı bir popülasyonda tekrarlanmasının önemli olduğu ifade edilebilir.
- Çalışmada alanda menopoz dönemindeki kadınların anksiyete, yaşam kalitelerinin ve sosyal destek düzeylerinin arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmaların bilimsel süreçlere katkı sağlaması için artırılmasının oldukça önemli olduğu görülmüştür.

KAYNAKLAR

- Aghamiri, V., Mirghafourvand, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Nazemiyeh, H. (2016). The Effect Of Hop (*Humulus lupulus* L.) On Early Menopausal Symptoms And Hot Flashes: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 23, 130-135.
- Ağan, K., Özmerdivenli, R., Değirmenci, Y., Çağlar, M., Başbuğ, A., Balbay, E. G., & Sungur, M. A. (2015). Evaluation Of Sleep In Women With Menopause: Results Of The Pittsburg Sleep Quality Index And Polysomnography. *Journal Of The Turkish German Gynecological Association*, 16(3), 149.
- Ağıl, A. (2010). *Postmenopozal Kadınlarda Kısa Dönem Farklı Egzersiz Yaklaşımlarının Menopozal Semptomlar, Psikolojik Sağlık ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri* (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Akkuzu, G., Yılmaz B., Ün, D. D. (2018) Başkent Üniversitesi Öğrencilerinin Bütüncül Tıp (İntegratif Tıp) Konusundaki Farkındalıklarının İncelenmesi. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2018; 1(1): 10-7.
- Aksakallı, M., Çapık, A., Apay, S. E., Pasinlioğlu, T., Bayram, S. (2012). Loğusaların Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 129-135.
- Aksoy, E. (2018). *Ortaöğretim Kurumlarında Okul Sporlarına Katılan Öğrencilerin Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri*, (Yüksek Lisans Tezi), Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Altay, M. (2007). *Okul Yöneticilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi), Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Aras, A., & Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10(2), 63-68.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Ardahan, M., Acar, E. (2009). 35-45 Yaş Arası Menopoza Girmemiş Ev Kadınlarının Menopoza Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Aile Toplum Dergisi*, 4(16): 74-85.
- Arslandaş, H., Ergin, F. (2011). 25-65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkish journal Of Geriatrics*; 14(2):135-144.
- Atasü, T. (2001). *Menopoz Tedavisi ve Kanseri*, Nobel Kitapevi, Tayf Matbaacılık, İstanbul.
- Atasü, T., Şahmay, S. (2001). *Jinekoloji*, 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 657-673.

- Avcı, S.** (2013). *Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Aydemir, H.İ.** (2007). *Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*, (Uzmanlık Tezi), Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Aydemir, Ö. & Köroğlu, E.** (2006). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydın, B.** (1997). *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Vakfı Yayınları.
- Aydoğan, Ü., Sağlam, K.** (2013). *Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Korunma*. Güneş Tıp Kitabevleri, Beşinci Baskı, 559-570.
- Aygün, M. S.** (2019). *Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 40-64 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve Depresyon Semptomlarının Sıklıklarının ve İlişkilerinin Değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Bal, U.** (2010). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları* (Uzmanlık Tezi), Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Barlow, D. H., Wren, B. G.** (2002). Evreler, Etkiler ve Kapsam. İçinde: *Menopoz*, Dursun, A. N., Ata, B. (Çeviri Editörleri). *Fast Fact*, Barlow, D. H., Wren, B. G., I. Baskı, Sydney, AND. Organizasyon Ltd. Şti, s:7-30.
- Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T.** (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma Dergisi*, 20(1), 55-63.
- Başer, Z.** (2006). *Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A.** (1988). An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öniz, A. ve Kındıroğlu, N.** (2004). Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15, 199- 207.
- Bozdağ, F.** (2020). *Mülteci Çocukların Psikolojik Sağlamlıkları ve Kültürlenme Stratejileri* (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Bromberger, J. T., Meyer, P. M., Kravitz, H., Sommer, B., Cordal, A., Powell, L., ... Sutton-Tyrrell, K.** (2001). Psychologic Distress and Natural Menopause: A Multiethnic Community Study. *American Journal Of Public Health*, 91(9), 1435-1442.
- Carmody, J., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leun K., Churchill L., Olendzki, N.** (2011). Mind Fullness Training Forcoping With Hot Flashes: Results Of A Randomized Trial. *Menopause*, 18(6): 611- 620.
- Ceylan, B.** (2010). *Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi* (Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Chedraui, P., Pérez-López, F. R., Aguirre, W., Calle, A., Hidalgo, L., León-León, P., ... & Paredes, J. E.** (2010). Beliefs Regarding Menopausal Hot Flashes Among Climacteric Women As Assessed With The Hot Flush Beliefs Scale. *Maturitas*, 66(3), 298-304.

- Choi, S. Y., Kang, P., Lee, H. S., & Seol, G. H.** (2014). Effects Of Inhalation Of Essential Oil Of Citrus Aurantium L. Var. Amara On Menopausal Symptoms, Stress, And Estrogen In Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine*, 2014.
- Chung, T. H., Shim, J. Y., Kwon, Y. J., Lee, Y. J.** (2019). High Triglyceride To High-Density Lipoprotein Cholesterol Ratio And Arterial Stiffness In Postmenopausal Korean Women. *J Clin Hypertens*, 21:399-404.
- Cohen, L. S., Soares, C. N., Joffe, H.** (2005) Diagnosis and Management Of Mood Disorders During The Menopausal Transition, *The American Journal Of Medicine*, 118(12), 93-97.
- Cohen, S. ve Wills, T. A.** (1985). Stres, Social Support And The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Çağlar, G. S., Özdemir, E. D.** (2016). *Menopoz Multidisipliner Yaklaşım* (S.D. Cengiz Ve G. S. r, Eds). Vazomotor Semptomlar ve Tedavisi. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
- Çelik, A. S., & Pasinlioğlu, T.** (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50-56.
- Çelik, A. S., Pasinlioğlu T.** (2014). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1): 16–29.
- Çelikkanat, Ş.** (2012). *40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz ve Osteoporoz İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Çetin, Ö. E. ve Eroğlu, K.** (2015). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 219-225.
- Çivilidağ, A.** (2003). *Anadolu Lise ve Özel Lise Öğretmenlerinin İş Tatmini, İş Stresi ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Analiz* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çivilidağ, A.** (2011). *Üniversitelerdeki Öğretim Elemanlarının Psikolojik Taciz (Mobbing), İş Doyumu ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri* (Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Çulha, İ. B.,** (2020). *Kadınlarda Menopoz Semptomlarına İlişkin Farkındalık Düzeyi ve Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklığının Araştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Demirci, H.** (2015). Menopoz İçinde: Olgularla Jinekolojik Hastalarda Bakım, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 200-208.
- Deveci, F.** (2011). *Ergenlerde Karar Verme Stilleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Dinçer Cengiz, S., Çağlar G. S.** (2016). Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. Modern Tıp Kitabevi, (s.1-17).
- Duç, E.** (2014). *Menopoz Evrelerindeki Kadınlarda Cinsiyet Roller, Menopoza İlişkin Tutumlar ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi Üzerine Bir İnceleme* (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- Durukan, E.** (2007). *Ankara İl Merkezinde 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesi* (Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Dülger, Ö.** (2009). *Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Karar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Dündar, P., Oral, A., Eser, E., Dinç, G. ve Gülümser, G.** (2003). Kadınlarda Osteoporoz ve Yaşam Kalitesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*.
- Eker, D. ve Arkar, H.** (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H.** (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Elmacı, F.** (2006). Parçalanmış Ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Desteğin Rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6 (2), 405-423.
- Engin, B., & Kartal, Y. A.** (2020). Menopozal Semptomlar ile Başetmede Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yaklaşımları. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(2), 80-87.
- Erbil, N.** (2018). Attitudes Towards Menopause And Depression, Body Image Of Women During Menopause. *Alexandria Journal Of Medicine*, 54(3), 241-246.
- Erdem, Ö.** (2006). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları* (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Erdoğan, Z., & Çınar, S.** (2011). Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı Modern Hemşirelik Uygulaması. *Kafkas J MedSci*, 1(2), 86-91.
- Erel, C. T.** (2004). Menopoz Olgularındaki Sıcak Basması Semptomunda Tedavi Seçenekleri Nedir. *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6, 53-57.
- Ergöl Ş. ve Eroğlu K.** (2001). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Uygulama ve Tutumları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 11(1) S:49-57
- Erkin, Ö., Ardahan, M. & Kert, A.** (2014). Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113.
- Eroğlu K.** (2002). Klimakterium ve Kontrasepsiyon. *Klinik Bilimler & Doktor*, 8(3), 411-418.
- Fışkın, G., Şahin, N. H., & Kaya, İ. G.** (2017). Menopozal Dönemdeki Kadınların Bu Yaşam Dönemine İlişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi. *Journal Of Academic Research In Nursing*, 3(3), 122-128.
- Freeman, E.W., Sammel, M. D.** (2016). Anxiety As A Risk Factor For Menopausal Hot Flashes: Evidence From The Penn Ovarian Aging Cohort. *Menopause*, 23, 942-949.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Gracia, C. R., Kapoor, S., & Ferdousi, T.** (2005). The Role Of Anxiety And Hormonal Changes İn Menopausal Hot Flashes. *Menopause*, 12(3), 258-266.

- Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., Üçok, K.** (2011). Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, 145-150.
- Goluch-Koniuszy, Z. S.** (2016). Nutrition Of Women With Hair Loss Problem During The Period of Menopause. *Przegląd Menopauzalny= Menopause Review*, 15(1), 56-61. doi: 10.5114/Pm.2016.58776.
- Gökgöz, N.** (2016). *Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarına Yönelik Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Göksever, H., & Erata, Y.** (2010). Hormon Profili ile Perimenopozal Semptomlar Arasındaki İlişki. *Journal of Istanbul Faculty Of Medicine*, 73(4), 92-96.
- Görgel, E. B., Çakıroğlu F.** (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Görmüş, Y.** (2017). *Menopoz Semptomlarının Cinsel Yaşam ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Gözüyeşil, E., Başer M.** (2016a). Menopozal Dönemde Yaşanan Vazomotor Yakınmaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4): 1-8.
- Gözüyeşil, E., Başer, M.** (2016b). Menopozal Dönemde Yaşanan Vazomotor Yakınmaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4): 261-68.
- Gözüyeşil, E., Başer, M., Taşçı, S.** (2015). Vazomotor Yakınmalarda Refleksoloji Uygulaması, Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 121-130.
- Guttuso Jr, T., Kurlan, R., Mcdermott, M. P., & Kieburtz, K.** (2003). Gabapentin's Effects On Hot Flashes İn Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 337-345.
- Güler, K.** (2017). *Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları Ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul.
- Güler, M.** (2015). *Premenopoz ve Postmenopoz Dönemindeki Kadınların Beslenmeye Bağlı Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Gümüş, H.** (2015). *Evli Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Yaşam Doyumları İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi), Yalova Üniversitesi, Yalova.
- Gündüz, S.** (2019). *Menopoza Giren Kadınlar ile Menopoza Girmeyen Kadınların Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Gür, Ö.** (2021). *Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yeme İndeksinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Trakya.
- Gürkan, Ö. C.** (2005). Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. Hemşirelik Forumu, 30-35.
- Hardy, R., Kuh, D.** (2002). Change İn Psychological And Vasomotor Symptom Reporting During The Menopause. *Social Science And Medicine*, 55(11), 1975-1988.

- Harlow, B. L., Signorello, L. B.** (2000). Factors Associated With Early Menopause. *Maturitas*, 28.35(1):3-9.
- Helgeson, V. S.** (2003). Social Support And Quality Of Life. *Quality Of Life Research*, 12(1), 25-31.
- Hupcey, J. E.** (1998). Clarifying The Social Support Theory-Research Linkage. *Journal Of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.
- İnceboz, Ü., Demirci, H., Özbaşaran, F., Çoban, A., Nehir, S.** (2010). Factors Affecting The Quality Of Life İn Climacteric Women İn Manisa Region. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakakültesi Dergisi*, 27 (2): 111-116.
- İntepe, İ. H.** (2007). *Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma 100 Hastanesi* (Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi), İstanbul.
- Jafari, F., Hadizadeh, M. H., Zabihi, R., Ganji, K.** (2014). Comparison Of Depression, Anxiety, Quality Of Life, Vitality And Mental Health Between Premenopausal And Postmenopausal Women. *Climacteric*, 17(6), 660-665.
- Kadayıfçı, O.** (2006) Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. *Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul*, 26-32.
- Karadağ, İ.** (2007). *İlköğretim 5. Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Karamustafaloğlu, O., Yumrukçal, H.** (2011). Depresyon ve Anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karlıdere, T., Özşahin, A.** (2008). Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11, 159-166.
- Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A., Das, S.** (2017). Quality Of Life Among Menopausal Women: A Community Based Study İn A Rural Area Of West Bengal. *Journal Of Mid-Life Health*, 8(1): 21-27.
- Kaşıkcı, M., Çoban, G. İ., Ünsal, A., Avşar, G.** (2009). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 17(3), 158-165.
- Kayaaltı, M.** (2021). *Menopozun Kronik Periodontitisli Hastalarda Başlangıç Periodontal Tedavi Sonrası Nadph Oksidaz Düzeylerine Etkisi* (Diş Hekimliği Uzmanlık Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Kaymak, Y., & Tırnaksız, F.** (2006). Menopoz ve Deri. *Türkiye Klinikleri J MedSci*, 26(6), 675-684.
- Kazemzadeh, R., Nikjou, R., Rostamnagad, M., & Norouzi, H.** (2016). Effect Of Lavender Aromatherapy On Menopause Hot Flushing: A Cross Over Randomized Clinical Trial. *Journal Of The Chinese Medical Association*, 79(9), 489-492.
- Kef, S.** (1997). The Personal Networks And Social Supports Of Blind And Visually Impaired Adolescents. *Journal Of Visual Impairment & Blindness*, 91(3), 236-244.
- Keskin E.** (2009) *Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor Semptomların Yaygınlığı ve Obezite ile İlişkisi* (Uzmanlık Tezi). Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mersin.

- Kharbouch S. B.** (2005) *Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kim, M. J., Cho, J., Ahn, Y., Yim, G., Park, H. Y.** (2014). Association Between Physical Activity And Menopausal Symptoms İn Perimenopausal Women. *BMC Women's Health*, 14(122): 1-8
- Kim, S. Y., Seo, S. K., Choi, Y. M., Jeon, Y. E., Lim, K. J., Cho, S., ... & Lee, B. S.** (2012). Effects Of Red Ginseng Supplementation On Menopausal Symptoms And Cardiovascular Risk Factors İn Postmenopausal Women: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *Menopause*, 19(4), 461-466.
- Koç, Z., Sağlam, Z.** (2008). Klimakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 15(15), 100-112.
- Kozaklı, H.** (2006). *Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Kökkaya, D.** (2018). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınlıklar Üzerine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Liu, Z., Wang, Y., Xu, H., Wu, J., He, L., Jiang, J. Y., ... & Liu, B.** (2014). Efficacy Of Electro acupuncture For Symptoms Of Menopausal Transition: *Study Protocol For A Randomized Controlled Trial*. *Trials*, 15(1), 1-7.
- Minuzzi, L., Frey, B. N., & Soares, C. N.** (2012). Depression During The Menopausal Transition: An Update On Epidemiology And Biological Treatments. *Focus*, 10(1), 22-27.
- Moghani, S. S., Simbar, M., Dolatian, M. ve Nasiri, M.** (2016). The Relationship Between Perceived Social Support And Women Experiences İn Menopause. *Advances İn Nursing & Midwifery*, 25(90), 1-10.
- Mulhall, S., Andel, R., & Anstey, K. J.** (2018). Variation İn Symptoms Of Depression And Anxiety İn Midlife Women By Menopausal Status. *Maturitas*, 108, 7-12.
- Mumcu Boğa, N.** (2013). *Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü, Depresyon, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Müezzinoğlu T.** (2005). Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Konuşması, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Manisa.
- Nalbant, M. A.** (2009). *Menopozal Semptomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler* (Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- National Institute For Health And Care Excellence Guideline (NICE)** 2015. Menopause: Diagnosis And Management (NG23). Published: 12 November 2015. Erişim Adresi: <http://nice.org.uk/guidance/ng23>. Erişim Tarihi: 07.12.2021.
- Newton, K. M., Reed, S. D., Guthrie, K. A., Sherman, K. J., Laforce, C. B., Caan, B., ... & Lacroix, A. Z.** (2014). Efficacy Of Yoga For Vasomotor Symptoms: A Randomized Controlled Trial, *Menopause*. 21(4): 339–346.
- Northrup, C.** (2005). Menopoz Gerçeği. Doruker Füsün. Editör, Çeviri. 1. Baskı, Ankara, Altın Kitaplar Yayınevi, 290-315.
- Notelovitz, M.** (2005). Optimizing Women's Health: Adult Women's Health & Medicine, *Climacteric*, 8(3), 205-209.

- Office On Women's Health**, (2018). Menopause Symptoms And Relief. Erişim Adresi: <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-symptoms-and-relief> Erişim Tarihi: 25.11.2021
- Oğurlu, N.** (2008). *Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Okyayuz, Ü. H.** (1999). *Sağlık psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 19, Ankara.
- Ölçek, R. S.** (2019). *Aerobik Egzersizin Yaşam Kalitesine ve Menopoz Semptomlarına Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Önder, M., Batıgün, A. D.** (2016). Erken ve Normal Menopoz: Stres, Evlilik Uyumu ve Cinsiyet Rollerini Açısından Bir Karşılaştırma. *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, 29(2):129-138.
- Özcan, H., Oskay, U.** (2013). Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28 (4), 157-163.
- Özdemir, A., & Kavak, F.** (2020). Menopoz Dönemindeki Kadınların Psikolojik İyi Oluşları İle Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki. *Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(2), 787-791.
- Özdemir, Ö. Ç., & Uysal, M. F.** (2018). Postmenopozal Dönemde Pilates Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 25-32.
- Özer, E. N.** (2017). *Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görölme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Özer, Ü.** (2014). *şanlıurfa'da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Harran Üniversitesi, şanlıurfa.
- Özer, Ü., Gözükar, F.** (2016). şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Faköltesi Dergisi*, 3, 16–26.
- Özgen, H.** (2020). *Postmenopozal Kadınlarda Fiziksel Aktivite Düzeyinin Fonksiyonel Kapasite, Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Özgür, N.** (2007). *Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları* (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Özkan, S.** (2008). Klimakteriyum ve Menopoz. İçinde: *Kadın Sağlığı, Bedray Basımevi, İstanbul, Turkey*, 234-258.
- Özmel Çıkar, A.** (2008). *Doktor Kontrolünde Olan veya Olmayan Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kaliteleri, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Öztürk Eyimaya, A.** (2019). *Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi* (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Park, H. S.** (2007). Effects Of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, Mastery, And Religiosity On The Relationship Between Stress And Depression Among Korean İmmigrants İn The United States: *Structural Equation Modeling*. The University Of Texas At Austin.

- Perry, S., E., Lowdermilk, D., (2004). Maternity And Womens Health Care. Eighth Edition. Mosby. USA.
- Pinkerton, J. V., Sánchezaguirre, F., Blake, J., Cosman, F., Hodis, H. N., Hoffstetter, S., ... & Utian, W. H. (2017). The 2017 Hormone Therapy Position Statement Of The North American Menopause Society. *Menopause*; 24(7):728–753. doi: 10.1097/GME.0000000000000921.
- Polat, F. (2019). *Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Egzersiz Eğitiminin Menopoz Dönemindeki Semptomlar Üzerine Etkisi* (Doktora Tezi), İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Rachman, S. (2004). Anxiety (2nd ed.). New York: Taylor & Francis Inc.
- Reed, S. D., Guthrie, K. A., Newton, K. M., Anderson, G. L., Booth-Laforce, C., Caan, B., ... & Lacroix, A. Z. (2014). Menopausal Quality Of Life: RCT Of Yoga, Exercise, And Omega-3 Supplements. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 210(3), 244-E1.
- Reis, N. (2003). *Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Royal Collage Of Nursing. (2017). Menopause: RCN Guidance For Nurses, Midwives And Healthvisitors. Erişim Adresi: <https://www.rcn.org.uk> Publications 2017 November Pub-006329. Erişim Tarihi: 05.12.2021.
- Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists (RCOG) (2020). Erişim Adresi: <https://www.rcog.org.uk/en/patients/menopause/menopause---A-Life-Stage/> Erişim Tarihi: 20.10.2021.
- Saensak, S., Vutyavanich, T., Somboonporn, W., Srisurapanont, M. (2013). Effectivenessof A Modified Version Of The Applied Relaxation Technique İn Treatment Of Perimenopausal And Postmenopausal Symptoms. *International Journal Of Women's Health*, 5: 765-771.
- Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M., Palanci, Y., & Toksöz, P. (2005). Diyarbakır İl Merkezinde Lise Ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 32(2), 77-83.
- Santoro, N. (2016). Perimenopause: From Research To Practice. *Journal Of Women's Health*, 25(4), 332-339.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. John Wiley & Sons.
- Scott, J. R., Disaia, P. J., Hammond, C. B., Spellacy, W. N. (1997). Erez, S. (Türkçe Çeviri Editörü). Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. Wiesenfeld H. C., Sweet, R. L. Perinatal Enfeksiyonlar. İstanbul: Yüce Yayım AŞ, 465-488.
- Sert, G. (2009). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Seyisoğlu, H. (2015). Menopoz ve Sağlık Sorunları. Menopoz Sürecinde Kadın Sağlığı Paneli, İstanbul.
- Seyisoğlu, H., Ertüngealp, E. (2002). Klimakterium, Klinik Jinekoloji. Çağdaş Kitapevi, Ankara, s:204-211.
- Sommer, B. (2002). Menopause. J. Worell (Ed.). Encyclopedia Of Women And Gender: Sex Similarities And Differences And The Impact Of Society On Gender İçinde (729-738). California, USA: Academic Press.

- Sözer, G. A.** (2020). *Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Eğitim ve İlerleyici Kas Gevşeme Egzersizlerinin Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Doktora Tezi), Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Şahin, N. H.** (2015). Klimakteryum Dönemi ve Menopoz. İçinde: Beji NK, Eds. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 135- 141.
- Şahin, N. H., Kharbouch, S. B.** (2007). Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 15(59), 82-90.
- Şahmay, S.** (2008). Postmenopozal Dönem ve Atrofi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 1(3):23-32.
- Şen, E., Saruhan, A.** (2010). Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi ile İlgili Kanıta Dayalı Çalışmalar. *Aile ve Toplum Dergisi*, 5(20):45-51.
- Şen, E., Sevil Ü.** (2008). Menopoz Semptomlarında Tamamlayıcı Tedaviler. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 2008. 16(62):136-142.
- Şimşir, Z., Seki, T., Dilmaç, B.** (2018). Predictive Relationship Between Adolescents' Spritual Well-Being And Perceived Social Support: The Role Of Values. *Research On Education And Psychology*, 2(1), 37-46.
- Taşkın L.** (2009) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Taşkın, L.** (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 571-580.
- Taşkın, L.** (2014a). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 451-464.
- Taşkın, L.** (2014b). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 12. Baskı, Akademisyen Kitapevi. Ankara.
- Taşkın, L.** (2016a). Kadın Hastalıkları Hemşireliği. 13. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 677-687.
- Taşkın, L.** (2016b). Kadın Hayatının Evreleri. İçinde: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Editör: L. Taşkın. Genişletilmiş 13. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 671-687.
- Taşkın L.** (2016c). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 13. Baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık. 497-498.
- Taşkın, L.** (2016d). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 13. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 567-578.
- Taşkıran, G.** (2019). *Menopozal Semptom Şiddeti ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Terauchi, M., Horiguchi, N., Kajiyama, A., Akiyoshi, M., Owa, Y., Kato, K., & Kubota, T.** (2014). Effects Of Grape Seed Proanthocyanid İn Extract On Menopausal Symptoms, Body Composition, And Cardiovascular Parameters İn Middle-Aged Women: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *Menopause*, 21(9), 990-996.
- Timur, S.** (2008). *Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Tokaç, M.** (2013). Geleneksel Tıbbı Akademik Yaklaşım: GETTAM. *SD Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Dergisi*, 28, 82-85.

- Tokuç, B., Kaplan, B., Balık, G. Ö., & Gül, H.** (2006). Trakya Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Uzmanlık Sonrası Eğitim Ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(4), 281-287.
- Topçuoğlu, D., Topçuoğlu M., A.** (2004). Menopozda Cinsel Yaşamın Organik ve Psikolojik Yönü, *Haseki Tıp Bülteni*, 42: 177- 182.
- Tortumluoğlu, G.** (2004a). Asyalı ve Türk Kadınlarında Menopoz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Issn: 1303-5134.
- Tortumluoğlu, G.** (2004b). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. Issn:1303-5134.
- Torun, A. A.** (1995). *Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir Uygulama* (Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tunç, N.** (2014). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi, Yakınma ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Tunçarslan, N.** (2019). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Desteğin Menopoz Semptomlarına Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, N.** (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 103-108.
- Turhan, N. Ö., Doğan, D.** (2006). Perimenopoz ve Tedavisi, Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. Umur Çolgar (Ed.), *İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi*, s; 323-347.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED).** (2018). Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Erişim Adresi: <http://temd.org.tr/> Erişim Tarihi: 01.12.21.
- Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD).** (2019). Erişim Adresi: <https://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/> Erişim Tarihi: 22.10.2020.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması** (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Uçak, H.** (2020). *Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları* (Yüksek Lisans Tezi), Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Uludağ, A., Güngör, A.N.Ç., Gencer, M., Şahin, E.M., Coşar, E.** (2014). Kadınların Hayatındaki Başka Bir Dönem: Menopoz ve Menopozun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1): 25- 30.
- Ulusoy, M. N., Kukulu, K.** (2013). Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz ile İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 206-213.
- Ulusoy, M., Şahin H. N. & Erkmen, H.** (1998). Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*, An International Quarterly, 163-172.
- Ural, Ç.** (2011). *Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Ural, D. (2014). Postmenopozal Kardiyovasküler Hastalıklar. *Türkiye Klinikleri J Cardiospecialtopics*, 7 (3):1.
- Varma, G. S., Oğuzhanoglu, N. K., Karadağ, F., Özdel, O., & Amuk, T. (2005). Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 109-115.
- World Health Organization. (1996). Research On The Menopause In The 1990s. Geneva: World Health Organization, Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41841/?sequence=1>, (Erişim Tarihi: 25.09.2021)
- World Health Organization. (1997). WHOOQL Measuring Quality Of Life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Accessed: 10.02.2022.
- World Health Organization. (2000). General Guidelines For Methodologies On Research And Evaluation Of Traditional Medicine. Geneva: WHO Books, s:80.
- Yamaç, Ö. (2009). *Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki*, (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yazıcı, K., Pata, Ö., Yazıcı, A., Aktaş, A., Tot, Ş., & Kanık, A. (2003). Menopozda Hormon Yerine Koyma Sağaltımının Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 101-105.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 13, S:81-87.
- Yıldırım, K., Şenel, K., Uğur, M., Erdal, A., & Karatay, S. (2002). Antiepileptik İlaç Kullanan Hastalarda Kemik Mineral Yoğunlukları. *Osteoporoz Dünyasından*, 8(4), 169-172.
- Yıldırım, T. (2017). *Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ile Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldız, C., Yıldız, A. ve Tekiner, F. (2015). Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda Lipit Profili ve Plazma Aterojenik İndeksinin Karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 42, 36- 40.
- Yıldız, Z. (2019). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi, Uyku Ve Anksiyete Üzerine Etkileri* (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, S. (2019). *Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Fiziksel Aktivitenin ve Depresif Duygu Durumunun Menopoz Semptomları Üzerine Etkisi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Ankara.
- Yumru, A. E., Bozkurt, M., Davas, İ., Aksoy, H. E., & Ayanoğlu, Y. T. (2006). Postmenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisinin Depresif Semptomlar Üzerine Etkisi. *Kadın Doğum Dergisi*, 4(3), 862-865.
- Yurdakul, M., Eker, A., & Kaya, D. (2007). Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 187-193.
- Koçak, D. Y., Kaya, İ. G., & Aslan, E. (2017). Klimakterik Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. ve Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale Of Perceived Social Support. *Journal Of Personality Assessment*, 52(1), 30-4

EKLER

- Ek 1 :** Kişisel Bilgi Formu
- Ek 2 :** Çok Boyutlu Algılana Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)
- Ek 3 :** Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)
- Ek 4 :** Beck Anksiyete Ölçeği (BAE)
- Ek 5 :** Etik Kurul Sonuç Formu
- Ek 6 :** Sinop İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzin Belgesi
- Ek 7 :** Aydınlatılmış Onam Formu
- Ek 8 :** Özgeçmiş

EKLER

EK 1 : KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1.Yaşınız nedir?.....
2. Menopoza kaç yaşında girdiniz?.....
3. Ne kadar süredir menopozdasınız?.....
4. Medeni durumunuz nedir?
☐ Evli ☐ Bekâr
- 5.Eğitim düzeyiniz nedir?
☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ ilkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
6. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
7. Çalışma durumunuz nedir?
☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor
8. Eşinizin çalışma durumu nedir?
☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor
- 9.Çocuk sayınız nedir?.....
10. Sigara kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
11. Düzenli egzersiz yapar mısınız?
☐ Evet ☐ Hayır
12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
☐ Evet ☐ Hayır (15. sorudan devam ediniz.)
13. Hastalığınızla ilgili olarak doktor kontrolüne gidiyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
14. Hastalığınızla ilgili ilaç kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
15. Menopoz dönemine yönelik sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?
☐ Evet ☐ Hayır
16. Menopoza yönelik herhangi bir tedavi aldınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
17. Menopoz döneminde sıcak basması, gece terlemesi gibi şikayetler yaşadınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır (19. sorudan devam ediniz)
18. Bu şikayetleriniz için herhangi bir şey yaptınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
19. Sağlığınızı nasıl algıyorsunuz?
☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
20. Menopoz dönemini nasıl algıyorsunuz?
☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
- 21.Menopoz çevrenizle (akraba, arkadaş gibi) olan ilişkinizi nasıl etkiledi?
☐ Olumlu ☐ Olumsuz ☐ Etkilemedi

EK 2 : ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1"den 7"ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Kesinlikle Hayır

Kesinlikle Evet

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı aileme (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK 3 : MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (MÖYKÖ)

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

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

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

EK 4 : BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?

	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.				
2. Sıcak / ateş basmaları.				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.				
4. Gevşeyememe.				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.				
6. Baş dönmesi veya sersemlik.				
7. Kalp çarpıntısı.				
8. Dengeyi kaybetme duygusu.				
9. Dehşete kapılma.				
10. Sinirlilik.				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu.				
12. Ellerde titreme.				
13. Titreklik.				
14. Kontrolü kaybetme korkusu.				
15. Nefes almada güçlük.				
16. Ölüm korkusu.				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.				
19. Baygınlık.				
20. Yüzün kızarması.				
21. Terleme (sıcağa bağlı olman).				

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56, 893-897. Uyarlama: Ulusoy, M. Sahin, N.H., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties, Journal of Cognitive Psychotherapy 12 (2): 163-172.

EK 5 : ETİK KURUL SONUÇ FORMU



T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



Toplantı No:	19
Araştırmanın Yürütücüsü:	Safiye Gülbahar YALÇIN
Araştırmanın Başlığı:	Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek, Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesi
Karar Tarihi:	16.3.2021 12:54:16
Kurul Görüşü:	Düzeltilmeler görüldü. Başvuru Kriterlere Uygundur.

SONUÇ: Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Murat ARI
İMZA

Üye
Prof. Dr. Ali YİĞİT
İMZA

Üye
Doç. Dr. Ela CANBOLAT
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Haydar DOĞAN
İMZA

Üye
Doç. Dr. İlknur GÖL
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKYOL
İMZA

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAK
İMZA

EK 6 : SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİN BELGESİ



T.C.
SİNOP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİNOP SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRLİĞİ
04.05.2021 14:21 - E-93042941 - 605.01 - 360



Sayı : E-93042941-605.01
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 13/04/2021 tarihli ve 82206385 sayılı yazı.

Çankırı Karatekin Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği öğrencisi Safiye Gülbahar YALÇIN'ın ilgi sayılı dilekçesi ve başvuru evrakları müdürlüğümüz bilimsel inceleme komisyonunca değerlendirilmiş olup uygun görüldüğüne dair komisyon raporu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Dr. Fatih REYHANLIOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Raporu (1 Syf)

Dağıtım:
Sinop Atatürk Devlet Hastanesi Başhekimliği
Sinop Ayancık Devlet Hastanesi Başhekimliği

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: c3f5018a-836d-48cc-b50b-624bb6be4419 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Sinop İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No: 2611632

e-Posta: demet.yazarl@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Demet.Yazarl@saglik.gov.tr

Bilgi için: Demet YAZAR

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 368) 261 19 61



EK 7 : AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Safiye Gülbahar YALÇIN tarafından yürütülen "Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek, Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Bu araştırma menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteği, anksiyete düzeyini ve yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapılmıştır.
- Araştırmanın Nedeni:
- Araştırmanın Öngörülen Süresi (Araştırma takviminde öngörülen süredir): 6 ay olarak planlanmaktadır.
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Araştırma kapsamına alınacak kadınlar, evreni belli olmayan durumda örneklem büyüklüğünü belirleme yöntemiyle hesaplanacak sayıya ulaşıncaya kadar, basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilecektir. Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan formül ile hesaplanacaktır. Ortalama 100 kişiye ulaşılması hedeflenmektedir.
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Sinop Atatürk Devlet Hastanesi ve Sinop Ayancık Devlet Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin; Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Not:Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Yürütücünün Adı-Soyadı:

İmzası:

EK 8 : ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Safiye Gülbahar YALÇIN

Öğrenim Durumu : Lisans

Lisans : 2018, Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık
Yüksekokulu, Hemşirelik

Ünvanı : Hemşire

Mesleki Deneyim

İstanbul Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2015

Rize Devlet Hastanesi 2015-2021

Sinop Ayancık Devlet Hastanesi 2022 (Halen çalışıyor)