



T.C.

**ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN MENOPOZ
SEMPTOMLARINA ETKİSİ**

NİSA TUNÇARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2019

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN MENOPOZ
SEMPTOMLARINA ETKİSİ

Nisa TUNÇARSLAN



YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

ERZİNCAN
2019

TEZ KABUL SAYFASI

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programında öğrenci Nisa TUNÇARSLAN tarafından Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR danışmanlığında hazırlanan “Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Desteğin Menopoz Semptomlarına Etkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 24/05/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvan Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ	
Üye Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Üye Doç. Dr. Arzu YILDIRIM	

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.



Nisa TUNÇARSLAN



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL SAYFASI	i
TEZ BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	vi
KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kadın Yaşamının Evreleri	4
2.1.1. Puberte	4
2.1.2. Cinsel Olgunluk	4
2.1.3. Klimakterium	4
2.1.4. Yaşlılık	4
2.2. Klimakterium Dönemi	5
2.3. Menopozun Türleri	6
2.4. Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	7
2.4.1. Vazomotor Değişiklikler	7
2.4.2. Duygusal Değişiklikler	9
2.4.3. Siklus Bozuklukları	9

2.4.4. Genitoüriner Değişiklikler ve Cinsel Sorunlar	10
2.4.5. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	11
2.4.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri	11
2.4.7. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri	12
2.4.8. Uyku Bozuklukları.....	12
2.4.9. Derideki Değişiklikler	13
2.5. Sosyal Destek	13
2.5.1. Sosyal Destek Türleri.....	14
2.5.2. Sosyal Destek Kaynakları	15
2.6. Menopoz Semptomları ile Başetmede Sosyal Destek ve Hemşirelik	16
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	22
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	24
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi.....	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR	51

EKLER62

EK 1. Tanımlayıcı Soru Formu

EK 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

EK 3. Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

EK 4. Etik Kurul Onayı

EK 5. Resmi İzin Yazısı

EK 6. Bilgilendirilmiş Onam

ÖZGEÇMİŞ68



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, tecrübe ve bilimsel katkılarını benden esirgemeyen, yoğunluğuna rağmen bana vakit ayıran, gösterdiği büyük emek ve destekten dolayı değerli danışman hocam Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR' a,

Değerli önerileri ile bana yol gösteren Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ'a, Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a,

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, varlıklarıyla güç veren ve tez çalışmam sürecinde beni sonuna kadar destekleyen başta annem ve babama,

Tez çalışmama bilgi ve önerileriyle katkı sağlayan sevgili arkadaşım Ayşe YILMAZ'a,

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi KBB-GÖZ servisi sorumlu hemşiremize ve tüm ekip arkadaşlarıma,

Verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği çalışanlarına ve çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm katılımcılara,

Manevi olarak beni destekleyen tüm dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nisa TUNÇARSLAN

KISALTMALAR

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
MSDÖ	: Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeği
SPSS	: Statistik Package For Social Science for Windows
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.3. Kadınların ÇBASDÖ Alt Boyut, Toplam ve MSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.4. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.6. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.7. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.8. ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam ile MSDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	37

ÖZET

Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Desteğin Menopoz Semptomlarına Etkisi

Giriş ve amaç: Sosyal destek menopoz semptomlarını yönetmede önemli bir faktördür. Bu araştırma menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopoz semptomlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve metot: Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı- Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine Kasım 2016-Mart 2017 tarihleri arasında başvuran menopoz dönemindeki kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, belirtilen tarihler arasında araştırmaya alma/dışlama kriterlerini karşılayan 40-60 yaş arası 297 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler Tanımlayıcı Soru Formu, MSDÖ ve ÇBASDÖ ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi ve Pearson korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 52.90 ± 3.82 'dir. Kadınların ÇBASDÖ puan ortalaması 49.50 ± 15.53 ve MSDÖ puan ortalaması 18.84 ± 7.19 olarak belirlenmiştir. ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyut ve toplam puan ortalaması ile MSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Sonuç: Kadınların algıladığı sosyal desteğin orta, menopoz semptomları şiddetinin orta düzeyin altında olduğu söylenebilir. Hemşirelerin menopoz dönemindeki kadınlara menopozal şikâyetlerin azaltılmasına yönelik danışmanlık hizmetleri vermeleri ve desteklemeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Menopoz, Menopozal Semptom, Sosyal Destek.

ABSTRACT

The Effect of Social Support Perceived by Menopausal Women on the Symptoms of Menopause

Introduction and aim: Social support is an important factor in the management of the symptoms of menopause. This study was conducted to determine the effect of social support perceived by menopausal women on the symptoms of menopause.

Material and method: The population of this descriptive study consisted of climacteric women who presented to the Gynecology and Obstetrics Outpatient Clinics of Ministry of Health-Erzincan University, Mengücek Gazi Training and Research Hospital between November 2016 and March 2017. No sampling was made for the study and 297 women aged from 40 to 60 years who met the inclusion criteria in the period mentioned above comprised the sample of the study. The data were collected by the investigator through face-to-face interviews using a Descriptive Questionnaire, the MRS and the MSPSS. The data were analyzed using percentages, mean, t test in independent groups, Variance Analysis and Pearson correlation analysis.

Results: The mean age of the women included in the study was 52.90 ± 3.82 . The mean MSPSS score of the women was found to be 49.50 ± 15.53 and their mean MRS score to be 18.84 ± 7.19 . The mean total and Family, Friends and Significant One subdomain scores of the MSPSS were found to have a poor negative correlation with the mean scores of the MRS ($p<0.001$).

Conclusion: The social support perceived by the women seemed to be at a moderate level and their severity of menopause symptoms was below moderate level. Nurses are recommended to provide consultancy services and support to climacteric women to decrease their menopausal complaints.

Keywords: Nursing, Menopause, Menopausal Symptom, Social Support.

1. GİRİŞ

Menopoz, kadınlarda menstruasyon döneminin durma evresi olup (1), yaşam tarzını çeşitli şekillerde değiştiren psikolojik zorluklar dönemi olarak da tanımlanmaktadır (1, 2). Bu dönem, kadın yaşamının üreme ve yaşlılık dönemi arasında yer alan normal bir süreçtir (3). Menopoza girme yaşının 45-54 yaşlar arasında olabileceği bildirilmiştir (4). Kadınların yaşamış oldukları bu dönemin günümüzde önem kazanmasının nedeni ortalama yaşam süresinin artması olup, kadın hayatının önemli bir kısmının bu dönemde yaşanması olarak belirtilmiştir (5). Kadın hayatının bu döneminde östrojen hormonu azalmakta, kronik hastalıkların görülmesine zemin hazırlanmakta ve bunların sonucunda her kadında farklı şekilde görülen fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler meydana gelmektedir (6). Bu değişikliklerle baş etmede zorlanan özellikle genç kadınlar, menopozun fiziksel etkilerinden kurtulmak için alternatif ilaçlar ve hormon tedavisine yönelmektedirler (1, 2). Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınların, fiziksel ve psikososyal ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olmaları, bu döneme yönelik olumlu algı ve kişisel bakım geliştirmesine katkı sağlayabileceğinden, güçlendirme programları ile kadınların farkındalıklarını ve menopozla uyumlarını arttırmak önemlidir (2).

Kadınların tamamı menopozu başlangıcı ve semptomları açısından aynı şekilde yaşamamaktadırlar. Kadınların geçmişte yaşadığı duygudurum bozuklukları, menopozla ve yaşlanmaya karşı olumsuz tutum, yaşam olayları, kişilikleri başa çıkma ve benlik saygısı gibi bireysel özellikleri menopoz deneyimlerini etkileyebilir. Genellikle düşük benlik saygısına sahip olan ve yaşlanmaya karşı olumsuz tutum

gösteren kadınlar, menopoz döneminde daha fazla semptom bildirmişlerdir. Üreme kabiliyeti ve üreme hayatını kaybetme sosyal destek eksikliği, işsizlik, cerrahi menopoz ve genel sağlık durumunun kötü olması kadınlarda strese neden olmaktadır (7). Menopozal dönemde sağlık bakımı yeterli almayan kadınların birçoğunda kronik hastalıklar görülmekte ve menopozal dönem nedeni ile görülen semptomlar da kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (8). Bir kadının biyolojik üretkenliği bitmiş olsa da başka alanlarda üretimi ve yaratıcılığının devam edebileceği yönünde desteklenmesi (9), sosyal destek ağlarının kurulması da dahil olmak üzere çeşitli yöntemlerin uygulanması (2), kadının menopoza ilişkin olumsuz tutumları ve buna bağlı gelişebilecek ruhsal sorunları önleyecektir (9). Aile içinde bakımda önemli bir rolü olan kadının menopozal dönemde güçlendirilmesi, yaşamlarının üçte birinde sağlıklarını garanti etmenin yanında, üreme yaşamlarının son yıllarında da fayda sağlayacağı bildirilmiştir (2). Kadınların menopoz döneminde yaşam kalitelerinin artırılması için uygun sağlık bakımı almaları önemlidir (8). Bu nedenle sağlık profesyonellerinden biri olan hemşireler kadın ömrünün önemli bir bölümünü oluşturan menopozal dönemin sağlıklı geçirilmesinde sağlıklı, huzurlu ve kaliteli bir yaşlılık dönemine geçişte destek sağlamada önemli bir konuma sahiptirler (10).

Bu bilgiler doğrultusunda menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopoz semptomlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

Araştırma soruları:

1) Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek ve menopoz semptom düzeyi nedir?

2) Menopoz dönemindeki kadınların tanımlayıcı özellikleri algılanan sosyal desteği etkiler mi?

3) Menopoz dönemindeki kadınların tanımlayıcı özellikleri menopoz semptomlarını etkiler mi?

4) Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek ile menopoz semptomları arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Yaşamının Evreleri

Kadın yaşam evreleri puberte, cinsel olgunluk, klimakteryum ve yaşlılık olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır (6, 11).

2.1.1. Puberte

Puberte dönemi bireyin cinsel olgunluk ve üreme yeteneğine eriştiği çocukluk ve olgunluk çağı arasındaki bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde sekonder cinsel karakteristiklerin gelişmesi görülür, büyüme hızı artar, kemikler olgunlaşır ve vücut bütünlüğünde değişiklikler meydana gelir (6).

2.1.2. Cinsel Olgunluk

Kadının fiziksel, psikolojik, cinsel yönden olgunluğa eriştiği ve kadın sağlığını bozan doğurganlık ile ilgili tüm sorunların ortaya çıktığı dönemdir. Puberte sona erdiğinde başlayan bu dönem, 18-50 yaş arasındadır ve bu dönemde mortalite ve morbidite hızları artış göstermektedir (12).

2.1.3. Klimakterium

Klimakterium 'merdiven basamağı' anlamına gelir ve kadın hayatındaki önemli bir dönemi tanımlar (6). Bu dönem üremenin bittiği ve overlerin işlevsellik bakımından saf dışı kaldığı, kadın için doğurganlığın olmadığı yeni bir dönemdir (13). Bu dönem 45 yaş civarında başlayıp yaklaşık 20 yıl sürmektedir ve dönemin en çarpıcı değişikliği ise menopozdur (14).

2.1.4. Yaşlılık

Kadında yaşlılık, menopozu tamamlayan kadınları ifade etmektedir. Yaşlı kadınların sağlık sorunları çok önemlidir. Yaşlılıkta hücresel ve/veya dokusal

düzyeyde işlev kaybı, organ sistem ve vücut kapasitesinde azalma görülmektedir (15). Bu dönemde insanlar yakınlarının kaybını yaşar ve kendi fiziksel güçlerinde ve hafızasındaki bir düşüşün farkına varırlar. Aynı zamanda mali sorunlar ve bakıma muhtaç olma veya yalnız yaşama gibi sosyal faktörler önemli sorunlara neden olur ve bireyler fiziksel semptomları ve hastalıkları konusunda endişe duyarlar (11).

2.2. Klimakterium Dönemi

Dünya Sağlık Örgütü ve Menopoz Dernekleri Konseyi tanımlarının çıkış noktaları genellikle belirsizdir ve premenopoz, perimenopoz, menopozal geçiş ve klimakterik gibi birbiriyile örtüşen terimler kullanırlar (16). Klimakterium dönemi cinsel olgunluk döneminden başlayıp yaşlılık dönemine kadar uzanmaktadır (6, 17). Klimakterium dönemler:

Premenopoz: Klimakteriumun ilk fazıdır (17). Menopozdan 2-6 yıl önceki dönemdir (17, 18). Bu dönemde birkaç ay veya birkaç yıl süren düzensiz adet kanamaları (6) ve sıcak basmaları görülmekte, ancak kadının doğurganlığı devam etmektedir (17, 18).

Perimenopoz: Önemli fizyolojik değişimlerin olduğu, östrojen üretiminin yavaşladığı, regl döneminin kesilmeye doğru gittiği (19) ve adet düzensizliklerinin başladığı dönemden son adet kanamasının gerçekleşmesini takiben 12 aylık süreyi de içine alan zaman dilimini tanımlamaktadır (5). Esasen “menopoz civarı veya yakını” anlamına gelmektedir (16).

Menopoz: Menopoz dünyada milyonlarca kadını etkileyen (20), kadınların çoğunu rahatsız edici olan çok sayıda semptomun yaşandığı önemli bir yaşam olayıdır (20, 21). Kadın yaşamının üreme döneminin sonları ile yaşlılık döneminin başlangıcı arasında, klimakteriumda bir nokta olmasına karşın, yaşam kalitesini

olumsuz etkilemesi açısından kadın hayatının en önemli dönüm noktalarından biridir (22, 5). Yunanca men (ay) ve pausis (kesilme) kelimelerinden üretilmiştir ve sözlük anlamı ‘son adettir’ (5, 23). Menopoz ovarian foliküller fonksiyonunun sonlanması ile mensturasyonun kalıcı olarak sona ermesi olup, son adet tarihinden bir yıl sonra tanı konulmaktadır (5). Klimakterik dönemde başlayan ovarial folicüllerdeki azalma ile birlikte östrojen üretimi düşmekte, ovarial foliküllerin tamamen bitmesi ile östrojen salgılanması durmakta ve overlerde atrofi görülmektedir. Sonuçta üreme siklusu ortadan kalkarak menopoz ortaya çıkmaktadır (6). Menopoz yaşı ırk, menarş yaşı, genetik faktörler, gebelik sayısı, oral kontraseptif kullanımı ve sigara kullanımı gibi faktörlerden etkilenmektedir (5). Dünya çapında menopoz yaşı ortalama olarak 51 olup, bu oranın 45-55 arasında (24), Türkiye’de ise ortalama olarak menopoz yaşının 47 olduğu bildirilmiştir (5). Menopozda tüm endokrin sistemin yaşlanmasının yanında vücudun sistemik olarak yaşlanması söz konusu olup (13), menopoza giren kadınların toplum sağlığı açısından bir risk grubu oluşturduğu bildirilmiştir (25).

Postmenopoz: Menopozdan sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar süren dönemdir (24). Erken ve geç evreler, menopoz sonrası bu dönemi oluşturmaktadır. Menopoz sonrası erken dönem, son adet dönemi itibariyle başlayan 5 yıl olarak tanımlanmaktadır. Erken evre, ayrıca son adet dönemi sonrası ilk 12 ayı içeren ‘a’ dilimi ve bunu izleyen 4 yılı içeren ‘b’ dilimi olarak ikiye ayrılmıştır. Geç dönemin kesin bir başlangıcı olmasına karşın, kadının ölümüyle sona ermesi nedeniyle süresi değişkendir (16).

2.3. Menopozun Türleri

Doğal menopoz: Kadınların %50’si 45-51 yaşlarında adetten kesilmekte olup, 60 yaşına kadar düzenli adet gören kadınlarda olabilmektedir (17). Doğal

menopoz yaş ortalaması, gelişmiş ülkelerde 51.5 yıl olarak bildirilmiştir ve genellikle 45-55 yaşları arasında görülmektedir. Doğal menopoz, yumurtalıklarda yumurta bitmesi sonucu oluşmaktadır. Bir kız bebek doğduğunda yaklaşık 300.000 yumurtalık folikülü vardır. Ancak bu sayı 37 yaşına gelindiğinde yaklaşık 25.000'dir ve menopozda az ya da hiç kalmaz (26).

Erken menopoz: Bilinmeyen nedenlerle 40 yaşından önce oluşan ovaryen yetmezlik ile adetten kesilme durumu olarak tanımlanmaktadır (17).

Cerrahi menopoz: Çeşitli nedenlerle histerektomi ile birlikte ya da yalnızca iki taraflı olarak overlerin cerrahi olarak çıkarılması ile meydana gelmektedir (17).

2.4. Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

Menopoz belirli bir anda gerçekleşmekle birlikte, bu olaya kadar oluşan çeşitli değişimler yıllar öncesinden başlamaktadır (13). Menopozdan hemen önce ve menopozla birlikte azalan östrojen düzeyi, kadınların hem fiziksel hem de psikolojik yapılarında değişikliklere neden olmaktadır (24). Menopozda yaşanan hormonal değişikliklerden dolayı görülen semptomlar, kadınlar arasında önemli farklılıklar göstermektedir (26). Menopozla karşı tutumlar ne kadar olumsuz olursa, semptomların şiddetinin o oranda yüksek olduğu görülmektedir (27, 28).

2.4.1. Vazomotor Değişiklikler

Menopozda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen başlıca sorunlardan biri vazomotor semptomlardır (29). Bu semptomlar sıcak basmaları ve gece terlemeleri olup, görülme sıklığı bakımından ülkeler ve kültürler arasında değişiklikler gösterebilmektedir (28). Semptomlar erken postmenopozal dönemde %70-80 oranında görülürken, beşinci yılın sonunda görülme sıklığı %20-25'lere kadar düşmektedir (13). Östrojen yetersizliğine bağlı olarak meydana geldiği

düşünülen vazodilatasyon ve vazokonstrüksiyon şeklindeki değişiklikleri kadınlar ‘sıcak basması’ ve ‘gece terlemeleri’ şeklinde yaşarlar ve yüz, boyun, göğüste başlayan ani kızarıklık ve vücutta aşırı sıcaklık hissi ile kendisini gösterir (6). Azalmış östrojen seviyesinin, sıcak basmalarının birincil nedeni olabileceği bildirilmiştir (30). Vazomotor semptomların günde birkaç kez olabileceği gibi, haftada birkaç kez de yaşanabileceği ve bu semptomların geceleri çoğunlukla olmakla birlikte gün içerisinde görülebileceği bildirilmiştir (29). Kadınların en az %10’u menopozdan 10 yıl sonraya kadar vazomotor semptomları gösterirken, 85 yaş ve üzeri kadınların %16’sında bu semptomlar devam edebilir (26). Yapılan sistematik bir derleme çalışmasına göre perimenopozal kadınlar için sırasıyla %12.5-%66.7 ve %7.1-%64.9 arasında değişen sıcak basması ve gece terlemeleri sıklığı bildirmiştir (31). Menopoz döneminde olan kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %46.7’sinde sıcak basması, %46.4’ünde gece terlemeleri rapor edilmiştir (21). Menopoz sonrası kadınlarda sıcak basması sıklığı sistematik derleme çalışma sonucuna göre %4.3-%73.7 arasında; gece terlemelerinin ise %11.4-%63.2 arasında değiştiği bildirilmiştir (31). Hafif sıcak basmaları günlük yaşamı etkilemez iken orta dereceli sıcak basmaları rahatsızlık vericidir, ciddi sıcak basmaları ise günlük aktiviteleri etkileyecek düzeydedir (32). Yapılan bir çalışmada orta şiddetli vazomotor semptomlar, orta yaştaki kadınlarda ruhsal genel iyilik hali ile negatif ilişkili bulunmuştur ve yaşam süresince ruhsal sağlığı değerlendirirken önemli bir husus olarak belirtilmiştir (33). Menopoz ve menopoz sonrası kadınlarda vazomotor semptomlar, ani ruh hali değişiklikleri, sinirlilik, artan stres, unutkanlık, uykusuzluk, depresyon, anksiyete ve dikkat dağınıklığı ile birlikte görülmektedir (30).

2.4.2. Duygusal Değişiklikler

Epidemiyolojik incelemeler kadınlardaki duygudurum değişikliklerinin en yüksek olduğu zamanın östrojen düzeyinin hızlı oynamalar gösterdiği premenopoz ve postmenopoz dönemlerinde olduğunu bildirmektedir. Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik, sinirlilik, gerginlik, çabuk öfkelenme hissi, huzursuzluk, panik hissi, genel performansta azalma bu dönemde görülen duygusal değişikliklerdir (24). Menopozlu kadınlarla yapılan bir çalışmada, menopozal belirtilerin şiddetinin depresif belirti şiddetini ve anksiyete düzeyini arttırdığı belirtilmiştir (34). Yapılan sistematik bir derleme çalışmasına göre depresyon, anksiyete, sinirlilik, baş dönmesi, yorgunluk, yaşamdan memnun olmama, bellekte azalma, panik atak, konsantrasyonda zorluk çekme ve duygulanım dalgalanmaları kadınların menopoz döneminde yaşadığı psikolojik belirtiler olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada perimenopozal kadınlarda depresyon prevalansının %25.8-%82.8, sinirlilik %26.5-%85.2 ve menopoz sonrası kadınlarda depresyon prevalansının %24.4- %77.4; sinirlilik %21.8-%75.9 arasında değiştiği bildirilmiştir (31).

2.4.3. Siklus Bozuklukları

Kadınlarda yaş ilerledikçe over fonksiyonlarının azalması beraberinde menstrual siklus değişikliklerini ortaya çıkarmaktadır. Perimenopozal geçiş döneminde kanama kademeli olarak azalırken polimenore, hipermenore, amenore şeklinde menstrual kanama bozuklukları ortaya çıkar. Over fonksiyonlarında meydana gelen bu azalma ile fertilité oranında düşer (35).

2.4.4. Genitoüriner Değişiklikler ve Cinsel Sorunlar

Kadınlarda menopoz ile birlikte östrojen ve diğer hormonların azalması nedeniyle vulvovajinal semptomlar da artmakta ve bunlar orta ve ileri yaş kadınlarının %50'sinden fazlasında ortaya çıkmaktadır (36). Menopozla birlikte vulva dokusu turgorunu ve elastik yapısını kaybeder (6). Postmenopozal dönemde endometriyum ve miyometriyum atrofiye uğrar, uterus ise küçülür (37). Östrojen eksikliği bakteriüri gelişiminde önemli bir etken olup, kadınlarda sıklıkla genitoüriner enfeksiyonların görülmesine neden olmaktadır (38). Genital kuruluk, cinsel aktivite ile ağrı ve rahatsızlık hissi, azalmış uyarılma ve istek, vulva ve vajende irritasyon, yanma, kaşıntı, idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma ve acil işeme isteği menopoz döneminde görülen genitoüriner semptomlar olarak bildirilmiştir (36). Ayrıca kadınların sosyal yaşamını olumsuz etkileyen üriner inkontinansın gelişebileceği bildirilmiş ve Türkiye'de menopozlu kadınlarla yapılan bir çalışmada üriner inkontinans sıklığının %45.3 olduğu saptanmıştır (39). Menopozal dönemin başlaması ile birlikte kadınların çoğunda cinsel işlevlerde azalma olduğu bildirilmiştir (40). Yapılan bir çalışmada peri ya da postmenopozal kadınlar arasında vajinal kuruluk, vajinal ve pelvik ağrılarının olduğu ve bu durumların cinsel istekte azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (41). İskoçya'da menopozlu kadınlarla yapılan bir çalışmada da kadınların %28.2'sinin vajina kuruluğu semptomunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (21). Nappi ve diğerlerinin 2018 yılında postmenopozal kadınlarla yaptıkları bir çalışmada, şiddetli vulvovajinal atrofi semptomları daha kötü yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olarak belirtilmiştir (42). Menopoz döneminde görülen anatomik, fizyolojik ve psikolojik faktörler cinsel sorunlara neden olmaktadır (36). Menopoz sonrası dönemde kadınların cinsel

yaşama uyumunun incelendiği bir çalışmada yaş ilerledikçe ve menopoz süresi arttıkça cinsel fonksiyonlarının olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (43). Yapılan diğer bir çalışmada menopozal geçiş dönemi süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı, en yoğun vajinal kuruluk şikâyetinin perimenopozal, disparoni şikâyetinin postmenopozal dönemde yaşandığı, postmenopozal dönemde yaşanan vajinal kuruluk şikâyetinin cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (44). Kadınlar menopoz döneminde cinsel yönden aktif kalmaya devam edebilirler, ancak ilerleyen yaş ve menopozun getirdiği fiziksel değişikliklere uyum sağlamaları gerekmektedir (45).

2.4.5. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kadınlar üreme dönemi boyunca östrojenin olumlu etkisi nedeniyle kardiyovasküler sorunlardan korunurlar, ancak menopoz sonrasında damar sertliği ve kalp krizi riski artmaktadır (14). Koroner kalp hastalıkları sıklığı kadınlarda her ne kadar düşük olsa da yaşla birlikte belirgin bir artış gözlenmektedir. Elli beş-elli dokuz yaş grubu kadınlarda koroner kalp hastalıkları sıklığı 30-34 yaşa göre 50 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (22). Menopoz sonrası kadınlarda vücut yağ dağılımı, erkek tipine dönmeye başlar ve kalp damar hastalıklarının görülmesi açısından risk olarak kabul edilen bel ve karın çevresinde yağ birikimi menopoz sonrası kadınlarda olmaya başlar (46).

2.4.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Kas ağrısı, eklem ağrısı, vücut hacminde azalma, kemik kırıkları ve hareketlerde azalma kas iskelet sistem değişiklikleri olarak bildirilmiştir (14). Kemik kaybı menopozun ilk yıllarında daha fazla görülmekte olup, ilk 5-8 yılda yıl ortalaması %4-8 iken bu oran sonraki yıllarda yaklaşık %1 olarak seyretmektedir

(47). Kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelmektedir. Özellikle de postmenopozal dönemde vücut kemik kütle indeksi yaklaşık %30 azalmaktadır (22). Postmenopozal dönemde görülen kemik kaybının büyük bir çoğunluğu yaşlanmanın etkisinden çok östrojen eksikliğine bağlıdır (40). Yapılan bir araştırmada 42-60 yaş arası postmenopozal kadınlarda meydana gelen folikül sitümüle edici hormon artışının osteoporoz riskini arttırdığı ve postmenopozal dönemde osteoporozun yaygın bir hastalık olduğu belirtilmiştir (48). Menopozdaki bir kadında osteoporozun en fazla vertebra kemiğinde gözlemlendiği bildirilmiştir (37).

2.4.7. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri

Östrojen beyindeki nöronlar arasındaki iletişimi kolaylaştırmakta olup, östrojen seviyesindeki değişiklikler bilgileri hatırlamada zorlanmalara ve odaklanamama sorunlarına neden olabilmektedir. Bu dönemde hafıza problemleri kısa vadeli bir sorun olarak görülmekte ve bazı kadınlarda yaşanan hafıza bozuklukları menopoz sonrasında ortadan kalkabilmektedir (19). Alzheimer hastalığının kadınlarda fazla görülmesinin nedeni arasında postmenopozal kadınlarda dolaşımdaki östrojen eksikliği olduğu ve östrojen tedavisi alan kadınlarda Alzheimer hastalığı riskinin azaldığı gözlenmiştir (23).

2.4.8. Uyku Bozuklukları

Menopozal dönem, kadınlarda uyku bozukluklarının görülmesinde başlıca nedenlerden biridir. Uyku sorunları genel nüfusun %15'inde görülürken menopoz döneminde kadınların yaklaşık yarısında görülmekte olup, en sık görülen uyku sorunları gece uyanmaları ve uykuya dalmada zorluk olarak belirtilmiştir. Ayrıca insomnia, solunumla ilgili uyku bozuklukları ve fibromiyalji menopozla

ilişkilendirilen bozukluklar olarak bildirilmiştir (49). Menopozda azalan östrojen düzeyiyle beraber ortaya çıkan vazomotor semptomların kadında oluşturduğu sıkıntı hali ve duygusal değişikliklerin yanında uyku döngüsünde önemli bir rolü olan progesteron düzeyindeki azalmanın da uyku bozukluklarına neden olabileceği bildirilmiştir (30). Ayrıca cerrahi menopoz yaşayan kadınların, doğal menopoz yaşayan kadınlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları (50) ve obstrüktif uyku apnesinin menopozdan sonra belirgin şekilde yükseldiği belirtilmiştir (30).

2.4.9. Derideki Değişiklikler

Östrojenin deri üzerinde de etkileri söz konusudur. Östrojen azalması derinin elastikiyet özelliğinin kaybolmasına, derinin kurummasına (23, 51) ve yaşlanmasına neden olur. Postmenopozal kadınlarda derinin incelendiği, kırışıklıkların arttığı, yaraların daha kolay oluşup, geç iyileştiği bildirilmiştir (51). Deri kollejeninin yaklaşık %30 kadarı menopozdan sonraki ilk beş yıl içinde azalır ve daha sonraki yirmi yıl boyunca her postmenopozal yıl için ortalama %2.1'lik azalma ortaya çıkar (23).

2.5. Sosyal Destek

Sosyal destek kavramı güç durumdaki bireylere çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanmaktadır (52). Bireyin yakın çevresinden yardım istemesi ve diğerlerinin vereceği desteği kabul etmesiyle ilgili olan (53) sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişatı ve süresi üzerinde önemli etkileri vardır (54). Postmenopozal kadınlarda yapılan bir çalışmada sosyal desteğin artması ile depresyon seviyelerinin azaldığı belirlenmiştir (55). Sosyal desteğin iletişim ağı, etkileşim sağlama, başa çıkma, belirsizlik azaltma,

aidiyet, yeterlik, kontrolü artırma, ruhsal, fiziksel, ekonomik yardım ve değişim sağlama gibi özellikleri bulunmaktadır (56).

2.5.1. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek türlerinin hiçbiri toplumsal gereksinimlerin tümünü aynı anda karşılayamamakta, miktarı ve türü yaşam boyu yaşanan durumlara göre değişiklik göstermektedir (57).

Saygı Desteği: İşleri yapma ya da bir sorunu ele alma yeteneğinde bireyin inançları ya da benlik saygısını destekleyen iletişimidir (56).

Bilgisel Destek: Faydalı ya da gereksinim duyulan bilgiyi sağlayan iletişimidir (56). Öğüt, yönlendirme ve öneri içermektedir (54). Aile, arkadaşlar ve hatta uzmanlar belirli bir durum hakkında gerçek bilgiler verdiğiinde yardımcı olabilirler (58).

Duygusal Destek: Bireyin duygusal ya da dokunaklı (56) sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi gereksinimlerini karşılayan (54) iletişimidir (56). İnsanların karşısındakileri umursadıklarını söylemesi duygusal olarak destekleyici niteliktedir. Eşinden ayrılan, işini kaybeden birini yakın arkadaşının bir kaç hafta sonra her gün nasıl olduğunu ve umursadığını bildirmek için araması örnek olarak verilebilir (58).

İletişim Ağı Desteği: Duygu ya da benlik kavramına odaklanmayıp insanlara hangi tür durumla karşılaşır, karşılaşıyor, yalnız olmadıklarını hatırlatan bir iletişimidir (56).

Maddi Destek: Başkaları tarafından sağlanan herhangi bir fiziksel yardım olarak tanımlanmaktadır. Bu yardım, hasta olan biri için yemek yapmaktan, o kişiyi doktor randevusuna götürmeye kadar değişebilir. Bazı durumlarda, bireylerin zorlu

durumlarda onlara yardımcı olmak için iyi materyallere veya eylemlere ihtiyaçları söz konusudur (56).

2.5.2. Sosyal Destek Kaynakları

İnsan sosyal bir varlık olarak başkaları tarafından ilgi görme, yakınları ile birlikte olma, arkadaş olma, dostluklar edinme, çevresindekileri sevmeye, sevilme ve bağlı olmaya gereksinim duyar (57). Sosyal destek her durumda verilebilir ve alınabilir. Desteği veren kişinin mutlaka iyi durumda olması gerekmez (59). Sosyal desteğin türünden ziyade kimden alındığı önemlidir (60). Birçok insan sosyal destek sağlayabilir (58). Bunlar arasında bireyin en geniş aile çevresi, arkadaşları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum (3), sağlık çalışanları ve hatta bazen yabancılar olarak bildirilmiştir (58). Sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde önemli etkileri olduğu, çevresinden yeterli sosyal desteği alamayan bireylerin sağlıkları ve iyilik durumlarının olumsuz etkileneceği bildirilmiştir (57). Kanada'da kırsal alanlarda yaşayan 25 menopozlu kadınla odak grup ve bireysel görüşme yöntemi ile yapılan niteliksel bir çalışma sonucuna göre, kız arkadaşlarla, akrabalarla ve sağlık profesyonelleri ile deneyimlerini paylaşmak menopoz yaşayan kadınlar için başa çıkmada önemli sosyal destek kaynakları olarak belirlenmiştir (20).

Kişiler arası sosyal ilişkilerin insan hayatının refahı üzerinde etkileri söz konusudur. Çocuklarla, arkadaşlarla partneri ile olan ilişki kadının hayatında büyük bir sosyal destek oluşturur ve psikolojik sağlık üzerinde önemli etkisi olan yaşamdaki stres ve sorunları yönetmelerine yardımcı olurlar (7). Yapılan bir çalışmada yaşam doyumu, öznel iyi oluş ve öz saygıyı artırmada sosyal desteğin etkili olduğu bulunmuştur (60). Menopoza ilişkin yaşanan belirti ve tutumların incelendiği bir

çalışmada, kadınların menopoza yönelik olumsuz tutum gösterdikleri ve bu durumda fiziksel değişimler, toplumsal, kültürel etkiler ve bireysel algıların etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda kadınlara psikolojik destek, sağlık eğitimi ve yeterli danışmanlık verilmesinin önemli olduğu ve hemşirenin danışmanlık işlevi ile bu yardımın sağlanmasında önemli bir rol üstlenebileceği bildirilmiştir (61).

2.6. Menopoz Semptomları ile Başetmede Sosyal Destek ve Hemşirelik

Menopozun üreme ve kadın sağlığı açısından önemli bir konu olduğu bilinmektedir (62). Kadının sosyal çevresi ve ailesinde ortaya çıkan değişiklikler, menopoz dönemini uyum sorununa yol açan bir gelişim krizi haline getirebilir. Kadın menopoz döneminde emeklilik, ev kadınlığı, eş ölümü, eşinin ilgisizliği gibi çok yönlü bir değişikliğe uyum sağlamak zorundadır (23). Yapılan bir çalışmada kadınların menopozun belirtileri ve yaşanan yakınmalarla iyi baş edemedikleri, yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (63).

Menopoz dönemindeki kadınların temel gereksinimlerinden birisi sosyal destektir (64). Algılanan sosyal desteğin menopozal deneyimler üzerinde olumlu bir etkisi olduğu, menopoz sonrası kadınların sorunlarını azaltmaya ve yaşam kalitelerini arttırmaya yardımcı olabileceği (62) ve doğal menopozlu kadınlarda menopozal belirti şiddetini az da olsa azalttığı belirtilmiştir (34). Hindistan'da yapılan bir çalışmada menopoz semptomları ile baş etmede sosyal ilişkilerin önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (65). İskoçya'da yapılan bir çalışmada kadınların %60'ından fazlasının aile ve arkadaş ile konuşarak sağladığı sosyal desteği kullanarak menopoz semptomlarıyla baş ettiklerini belirtmişlerdir (21). Türkiye'de yapılan bir araştırmada kadınların menopozal semptomlarla baş etmek için yarıdan fazlasının hiçbir yöntem kullanmadığı, %25.7'sinin çeşitli alternatif yöntemler kullandığı bildirilmiştir (66).

Kadınların menopozal dönemini rahat geçirebilmeleri için yaşadıkları sorunları, kültürel farklılıkları ve sorunlara yönelik girişimlerin hemşirelere anlatılması ve hemşirelerin bu dönemdeki kadınlara daha duyarlı yaklaşımları gerektiği bildirilmiştir (67). Yapılan bir araştırma sonuçlarına göre sosyal destek, problem çözme ve hedef değiştirme gibi problem odaklı stratejilerin, performansı veya cinsel doyumu arttırmak için en iyi stratejiler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık personelinin bu stratejilerin menopoz sonrası kadın gurubuna öğretmedeki becerilerinin güçlendirilmesini vurgulamaktadır (68). Hemşirelerin kadınlara menopoz dönemi semptomlarla baş etmelerinde menopoz döneminin normal bir süreç olduğu, sigara ve alkol kullanılmaması gerektiği, uygun beslenmenin, kendi kendine meme muayenesinin, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanması, uygun fiziksel aktivite yapılmasının, düzenli seksüel yaşamın sürdürülmesinin, sosyal aktivitelere katılmanın ve düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmanın gerekliliği konularında eğitim vermede önemli rolleri bulunmaktadır (14). Hemşireler bu dönemde kadınların sıkıntılarına destek olur, yol gösterir ve toplantılar yaparak onları rahatlatılabilir (64). Menopoz gibi özel dönemlere ilişkin danışmanlık hizmeti vermek 15-49 yaş kadın izlem amaçları arasında yer almaktadır. Bu nedenle özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık profesyonellerinin izlemleri zamanında ve kapsamlı bir şekilde yapması kadın sağlığının geliştirilmesi bakımından önemlidir (4).

Bilinçlendirme ile kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları azalacak ve bu dönemin daha rahat geçirilmesi sağlanacaktır. Bu nedenle menopozdaki bir kadının sorunlarının çözümünde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (46). Menopoza yönelik olumlu tutum geliştirme ve semptomlarla baş

etmeye yönelik kadınların desteklenmesi, menopozal semptomların şiddetini ve olumsuz etkilerini azaltacağından ebe ve hemşirelerin bu konuda etkin rol oynaması önerilmiştir (66). Hastane ve toplumda menopoz dönemindeki kadınlara bakım veren hemşireler, kadınların ilaç kullanımlarını değerlendirmelidir. Ayrıca hemşireler kadınları menopoz döneminin etkileri konusunda daha etkili bir şekilde eğitmek için, kadınlar tarafından sıkça bildirilen semptomlar hakkındaki bilgilerini kullanabilirler (69). Menopoz döneminde sık görülen bir sorun olmasına rağmen birçok kadının cinsel sağlık sorunlarını utanç verici buldukları için diğer kadınlarla ya da doktorlarla konuşmak istemedikleri bildirilmiştir (42). Bu nedenle menopoz alanında çalışan hemşirelere menopozal dönemdeki kadınların öncelikli olarak cinsel sağlık tanılamalarını yapmaları, kadınların cinsel yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri, uygun bakım girişimlerini planlamaları, gereken durumlarda ilgili alanda bir uzmana yönlendirmeleri önerilmektedir (44). Toplumda yaşayan kadınlarda menopoz semptomlarının sıklığını ve yönetimi belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmada kadınların üçte birinden fazlasının menopoz semptomları için hemşirelerden, beşte birinin ise eşlerinden daha fazla destek istediğini belirtmişlerdir (21). Menopoz dönemindeki kadınların sağlığını korumada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren program uygulanmalıdır (8). Hemşireler kadınlara menopozun bir hastalık değil, yaşanması gereken bir dönem olduğunu belirtmeli, duygusal ve fiziksel yakınmaları azaltmada destek olmalıdır. Ayrıca kadınların yanı sıra toplumu menopoz ve kadın yaşamına etkisi konusunda eğitmelidir. Bakımda bireysel bakımın önemini bilmelidir (63). Hemşire/ebe menopoz dönemine ilişkin sorunları olan bir kadının öncelikle konu ile ilgili ne kadar bilgisinin olduğunu, bu

duruma ilişkin duygularını ve düşüncelerini açığa çıkarmasında bireyi desteklemelidir (70).

Hemşirelerin kadınları menopoz öncesi ve sonrası düzenli izlemesi, döneme ilişkin eğitim programları düzenlemesi ve ihtiyaç duyulan hizmeti ekip ruhu ile vererek kadınların bu dönemi kaliteli bir şekilde yaşamalarına yardımcı olmaları gereklidir (25). Çin asıllı Singapurlu kadınlarla yapılan niteliksel bir çalışma sonucuna göre, menopoza geçiş döneminde en sık bildirilen semptomların anormal kanama, sıcak basması ve duygusal değişimler olduğu, kadınların geçişlerini yönetmede kullandıkları stratejilerden birinin aileden ve arkadaşlardan destek aramak olduğu belirlenmiştir (69). Hemşireler, kadına kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlamak için önemli bir konumda olup menopoz sırasında karşılaşılan fiziksel ve psikolojik zorlukları değerlendirerek ve ele alarak kapsamlı bir bakım sağlamada etkilidir. Menopoza geçişte ve yaşlandıkça hem sağlığı hem de refahı artırmak için kırsal topluluklarda yaşayan kadınlara destek sağlamak için yenilikçi stratejiler kullanmalıdır (20). Kadının sağlığını geliştirerek ve destekleyerek benlik saygısı artırılmalıdır (70). Menopozdaki kadınların ve eşlerinin yaşam tarzı üzerine sağlık profesyonelleri tarafından verilen danışmanlığın etkilerini belirlemek amacı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, kadınlarda ve eşlerinde beslenme alışkanlıklarının ve fiziksel aktivitenin iyileştirilmesi yönünde yaşam tarzı değişikliği üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (71). Hemşirelerin liderliğinde yapılan psiko-eğitim programlarının, kadınların iyilik halini etkileyebileceği ve menopoza yönelik bilgi ve tutumlarını geliştirebileceği bildirilmiştir (27). Hemşireler menopoz dönemindeki kadına bütünsel bir anlayışla yaklaşmalı, menopozal belirti yaşayan kadınlar için bilgi kaynağı ve rehber olmalıdırlar (6).Tüm bunların yanı sıra

hemşireler/ebeler, ruhsal sorunlar yönünden risk altında olan kadınları erken dönemde belirleyerek, ruhsal sorunları ve uygulanacak tedavi yöntemlerinin etkinliğini yakından izlemelidir (70).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı özelliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde Kasım 2016- Mart 2017 tarihleri arasında yapılmış ve Mayıs 2019 tarihinde tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine Kasım 2016- Mart 2017 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran menopozlu kadınlar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırmaya alma/dışlama kriterlerini karşılayan 40-60 yaş arasında 297 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını saptamak amacıyla güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasındaki korelasyon analizi için (saptanan korelasyon katsayısı: 0.490, n=297) çalışmanın post hoc gücü 0.05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, 0.99 olduğu belirlenmiştir. Bu değerler örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (72).

Araştırmaya alma ölçütleri;

- ✓ Kadınların son adet tarihinden en az 12 ay geçmiş olma,
- ✓ 40-60 yaş arasında olma,

- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etme olarak belirlenmiştir.

Dışlama ölçütleri;

- ✓ Hormon Replasman Tedavisi (HRT) alma,
- ✓ Çift taraflı ovaryumları alınmış olma,
- ✓ 40 yaşından önce menopoza girmiş olma,
- ✓ Veri toplama formlarının doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğu (psikotik bozukluk, depresyon) ve kanser hastası olma olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, çocuk sayısı, ekonomik durumu algılama, sağlığı algılama, sigara kullanma durumu, menopoz süresi, menopoza yönelik bilgi alma, alınan bilgi kaynağı ve menopozu algılama durumu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması **bağımsız**; Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması **bağımlı** değişkeni oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verileri toplamada Tanımlayıcı Soru Formu (Ek 1), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 2) ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Soru Formu: Kadınları tanımlayan 10 (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşinin çalışma durumu, çocuk sayısı, ekonomik durumu algılama, sağlığını algılama, sigara kullanma durumu) ve menopoza yönelik özelliklerini belirleyen dört (menopoz süresi, menopoza yönelik

bilgi alma, alınan bilgi kaynağı, menopozu algılama durumu) olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve arkadaşları (73) tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (74) tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Eker ve diğerleri tarafından 2001 yılında ölçeğin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği çalışması yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan) likert tipi özelliktedir. Ölçeğin Aile (3., 4., 8., 11.maddeler), Arkadaş (6., 7., 9., 12. maddeler) ve Özel Bir İnsan (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 güvenilirliği üç farklı örneklem grubunda yapılmış olup tüm örnekleme Aile alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.85, Arkadaş 0.88, Özel Bir İnsan 0.92 ve toplam 0.89 olarak bildirilmiştir (75). Bu araştırmada Aile alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0.95, Arkadaş 0.92, Özel Bir İnsan 0.93 ve toplam ölçek 0.96 olarak bulunmuştur.

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ): Menopozal semptomların şiddetini ölçmek amacıyla Schneider ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği 2005 yılında Gürkan tarafından yapılmıştır. Ölçek menopoz yakınmaları içeren Somatik Şikâyetler (1., 2. maddeler), Psikolojik Şikâyetler (3., 4., 5., 6., 7., 11. maddeler) ve Ürogenital Şikâyetler (8., 9., 10. maddeler) olmak üzere üç alt boyutlu olup toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi “0= Hiç yok”, “1= Hafif”, “2=

Orta”, “3= Şiddetli” ve “4= Çok şiddetli” puan aralığında değişen likert tipi bir ölçektir. Ölçek toplam puanı 0-44, Somatik Şikâyetler 0-8, Psikolojik Şikâyetler 0-24 ve Ürogenital Şikâyetler alt boyutu 0-12 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı alt boyut puanları toplanarak elde edilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, şikâyetlerin şiddetindeki artışı belirtirken, aynı zamanda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ölçekte 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10. maddeler orijinal ölçekte temsil ettikleri alt boyutlar içinde yer alırken, orijinal ölçekte Somatik Şikâyetler alt boyutuna ait olan 3. ve 11. maddeler yapılan faktör analizi sonrası Psikolojik Şikâyetler alt boyutu içinde yer almıştır. Ölçeği kullanılacağı çalışmalarda tekrar alt grup çözümlemesi yapılması ya da ölçekten elde edilen toplam puan üzerinden değerlendirme önerilmiştir (76). Bu nedenden dolayı yapılan faktör analizi sonrasında 2, 7 ve 11. maddelerde farklı alt boyuta kayma olduğu görülmüş ve bu çalışmada toplam ölçek puanı kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre MSDÖ Cronbach alfa katsayısı 0.84 (76), bu araştırmada 0.82 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerinin bekleme salonlarında araştırmacı tarafından haftanın iki-üç günü yüz yüze görüşme yöntemiyle ortalama 10-15 dakikada toplanmıştır.

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin analizinde sayı, yüzde, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmalar kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kurtosis ve Skewness kat sayılarına göre belirlenmiştir (77). Veriler normal dağılıma uygunluk

gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır (bağımsız gruplarda t testi, Varyans analizi, Pearson korelasyon). Farklılık gösteren analizlerde farklılığın nedenini bulmak için ileri analiz olarak varyansların homojen dağıldığı durumlarda LSD, dağılmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile belirlenmiştir. Veriler SPSS (Statistik PackageFor Social Science for Windows) 17 paket programı ile analiz edilmiş ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılması için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay (Ek 4) ve Erzincan İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden resmi izin (Ek 5) alınmıştır. Kadınlara araştırmanın amacı, yöntemi, yararları açıklanmış ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtilerek araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan yazılı/sözlü onam alınmış ve 'Helsinki Bildirgesi' ilkelerine bağlı kalınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir hastanede yapılmış olması ve sonuçların sadece bu gruba genellenebilmesi araştırmanın sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Kadınların %43.1'i 51-55 yaş grubunda, %79.8'i evli, %48.8'i okuryazar/ilkokul mezunu %89.9'u çalışmıyor, eşlerinin %43.9'u okuryazar/ilkokul mezunu ve %60.3'ü çalışmaktadır. Kadınların %48.8'i 3-4 çocuğa sahip, %50.5'i ekonomik durumunu ve %40.1'i sağlığı orta düzeyde algılamakta ve %85.9'u sigara kullanmamaktadır (Tablo 4.1). Kadınların yaş ortalaması 52.91 ± 3.82 (min:46, max:60) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=297)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş *		
46-50	80	26.9
51-55	128	43.1
56-60	89	30.0
Medeni Durum		
Evli	237	79.8
Bekâr/dul/boşanmış	60	20.2
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	55	18.5
Okuryazar/ilkokul	145	48.8
Ortaokul	46	15.5
Lise	42	14.2
Üniversite	9	3.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	30	10.1
Çalışmıyor	267	89.9
Eş Eğitim Düzeyi (n=237)		
Okuryazar/ilkokul	104	43.9
Ortaokul	62	26.2
Lise	43	18.1
Üniversite	28	11.8

*Araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan 40-45 yaş arası kadın ile karşılaşmamıştır.

Tablo 4.1. -Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Eşin Çalışma Durumu (n=237)		
Çalışıyor	143	60.3
Çalışmıyor	94	39.7
Çocuk Sayısı		
Çocuğu yok	17	5.7
1-2	80	27.0
3-4	145	48.8
5 ve üzeri	55	18.5
Ekonomik Durumu Algılama		
İyi	111	37.4
Orta	150	50.5
Kötü	36	12.1
Sağlığı Algılama		
İyi	111	37.4
Orta	119	40.1
Kötü	67	22.5
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	42	14.1
Kullanmıyor	255	85.9

Kadınların %48.5'i 1-3 yıldır menopozda olduğu, %66'sının menopoza yönelik bilgi aldığı, %67.9'unun bilgiyi hekimden aldığı ve %41.4'ünün menopozu kötü olarak algıladıkları bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=297)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Menopoz Süresi (yıl)		
1-3	144	48.5
4-6	109	36.7
7 ve üzeri	44	14.8
Menopoza Yönelik Bilgi Alma		
Evet	196	66.0
Hayır	101	34.0
Bilgi Kaynağı (n=196)		
Hekim	133	67.9
Hemşire	23	11.7
TV/radyo/internet	40	20.4
Menopozu Algılama		
İyi	68	22.9
Orta	106	35.7
Kötü	123	41.4

Kadınların ÇBASDÖ Aile alt boyut 18.12±6.04, Arkadaş 15.47±5.35, Özel Bir İnsan 15.91±5.66 ve toplam puan ortalamasını 49.50±15.53 olduğu belirlenmiştir. Aynı tabloda kadınların MSDÖ puan ortalamasından 18.84±7.19 aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kadınların ÇBASDÖ Alt Boyut, Toplam ve MSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=297)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort±SS
Aile	4	4-28	4-28	18.12±6.04
Arkadaş	4	4-28	4-28	15.47±5.35
Özel Bir İnsan	4	4-28	4-28	15.91±5.66
ÇBASDÖ Toplam	12	12-84	12-80	49.50±15.53
MSDÖ	11	0-44	1-37	18.84±7.19

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 4.4’de kadınların yaş gruplarına göre ÇBASDÖ tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Evli kadınların ÇBASDÖ Arkadaş alt boyutu puan ortalamasının bekâr/dul/boşanmış olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0.05$), medeni durum ile Aile, Özel Bir İnsan alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi ile ÇBASDÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). İleri analizde Aile (Dunnet C) için okuryazar olmayanların puan ortalamasının üniversite dışında diğer gruplardan düşük, Arkadaş ve Özel Bir İnsan (LSD) alt boyutları ve toplam (Dunnet C) için diğer tüm eğitim düzeylerinden düşük, üniversite mezunlarının ise Aile dışında diğer alt boyutlar ve toplamda diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eşin eğitim düzeyi ile ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). İleri analizde (Dunnet C) okuryazar/ilkokul mezunu olanların puan ortalamasının Aile alt boyutu için ortaokul ve liseden, Arkadaş ve toplam ÇBASDÖ için ortaokul ve üniversiteden, Özel Bir İnsan alt boyutu için ise ortaokul mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışan kadınların ÇBASDÖ tüm alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının çalışmayan kadınlardan anlamlı olarak fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Eşi çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre ÇBASDÖ Aile alt boyut puan ortalamasının çalışmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.05$), diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Çocuk sayısına göre ÇBASDÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ekonomik durumu algılamaya göre ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). İleri analizde Aile, Arkadaş (LSD), Özel Bir İnsan (Dunnet C) ve ÇBASDÖ toplam (LSD) için farkın, ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların puan ortalamasının ekonomik durumunu orta ve kötü algılayan gruba göre yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sağlığı algılama ile ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). İleri analizde (LSD) farkın Arkadaş alt boyutu için sağlığını kötü olarak algılayanların puan ortalamasının sağlığını iyi ve orta olarak algılayanlardan düşük olmasından, diğer alt boyutlar ve toplam için farkın tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı ve sağlığını iyi algılayanların en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanım durumuna göre ÇBASDÖ tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam
		Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Yaş Grubu					
46-50	80	18.35±6.84	15.16±5.30	15.69±6.05	49.20±16.35
51-55	128	18.36±5.67	16.23±5.20	16.21±5.43	50.80±15.10
56-60	89	17.56±5.81	14.66±5.52	15.69±5.65	47.91±15.41
Test ve Önemlilik		F=0.537 p=0.585	F=2.449 p=0.088	F=0.312 p=0.732	F=0.927 p=0.397
Medeni Durum					
Evli	237	18.43±5.75	15.87±5.05	16.20±5.43	50.50±14.56
Bekar/Dul/Boşanmış	60	16.87±6.99	13.90±6.19	14.78±6.39	45.55±18.50
Test ve Önemlilik		t=1.605 p=0.112	t=2.280 p=0.025*	t=1.576 p=0.119	t=1.928 p=0.057
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar değil	55	14.80±6.16	11.91±5.48	12.71±5.73	39.42±16.00
Okuryazar/ilkokul	145	17.88±6.05	15.59±5.01	15.76±5.33	49.23±14.84
Ortaokul	46	19.59±4.82	17.11±4.84	17.35±5.10	54.04±13.65
Lise	42	20.83±4.82	16.62±4.78	17.76±5.50	55.21±12.90
Üniversite	9	22.11±6.25	21.56±2.13	22.00±2.45	65.67±6.91
Test ve Önemlilik		F=8.842 p=0.000***	F=12.189 p=0.000***	F=9.991 p=0.000***	F=12.269 p=0.000***
Eş Eğitim Düzeyi (n=237)					
Okuryazar/ilkokul	104	16.69±5.80	14.40±5.29	14.84±5.51	45.94±15.26
Ortaokul	62	20.08±4.59	17.24±4.02	17.77±4.09	55.09±11.04
Lise	43	19.46±5.06	16.00±4.75	16.11±5.17	51.58±12.67
Üniversite	28	19.67±7.15	18.07±5.15	17.85±6.81	55.60±16.78
Test ve Önemlilik		F=6.159 p=0.000***	F=6.673 p=0.000***	F=5.006 p=0.002**	F=7.210 p=0.000***
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	30	21.60±5.60	18.40±4.59	18.63±5.52	58.63±13.51
Çalışmıyor	267	17.73±5.97	15.14±5.34	15.61±5.60	48.48±15.43
Test ve Önemlilik		t=3.389 p=0.001**	t=3.212 p=0.001**	t=2.811 p=0.005**	t=3.459 p=0.001**
Eşin Çalışma Durumu (n=237)					
Çalışıyor	143	19.03±5.99	16.09±4.82	16.13±5.63	51.26±14.79
Çalışmıyor	94	17.52±5.23	15.52±5.38	16.29±5.12	49.34±14.19
Test ve Önemlilik		t=1.996 p=0.047*	t=0.859 p=0.391	t=-0.228 p=0.820	t=0.996 p=0.320
Çocuk Sayısı					
Çocuğu yok	17	19.82±6.73	15.76±5.23	17.12±4.41	52.71±14.76
1-2	80	18.76±5.86	16.05±5.84	16.21±5.87	51.03±16.27
3-4	145	17.63±6.03	15.35±5.32	15.81±5.74	48.82±15.56
5 ve üzeri	55	17.93±6.09	14.78±4.73	15.38±5.51	48.09±14.65
Test ve Önemlilik		F=1.085 p=0.356	F=0.646 p=0.586	F=0.508 p=0.677	F=0.740 p=0.529

Tablo 4.4. -Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam
		Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Ekonomik Durumu Algılama					
İyi	111	20.00±5.47	17.31±4.69	17.64±5.09	54.95±13.36
Orta	150	17.33±6.12	14.55±5.53	15.13±5.97	47.01±16.15
Kötü	36	15.61±5.90	13.67±5.00	13.87±4.59	43.11±14.37
Test ve Önemlilik		F=10.399 p=0.000***	F=11.595 p=0.000***	F=9.554 p=0.000***	F=12.738 p=0.000***
Sağlığı Algılama					
İyi	111	20.28±5.47	16.95±5.07	17.80±5.10	55.03±14.12
Orta	119	18.01±6.00	15.79±4.93	15.89±5.31	49.69±14.38
Kötü	67	14.73±5.47	12.46±5.38	12.82±5.38	40.01±15.39
Test ve Önemlilik		F=19.918 p=0.000***	F=16.611 p=0.000***	F=18.075 p=0.000***	F=22.347 p=0.000***
Sigara Kullanma Durumu					
Kullanıyor	42	20.00±5.47	17.31±4.69	17.64±5.09	54.95±13.36
Kullanmıyor	255	17.33±6.12	14.55±5.53	15.13±5.97	47.01±16.15
Test ve Önemlilik		t=1.521 p=0.129	t=1.756 p=0.080	t=0.020 p=0.984	t=1.201 p=0.231

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, F=Varyans analizi; t= Bağımsız gruplarda t testi, *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Tablo 4.5’de menopoza süresi ile ÇBASDÖ Arkadaş alt boyut puan ortalaması arasında fark olup (p<0.05), diğer alt boyutlar ve ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile fark bulunmamıştır (p>0.05). İleri analizde (LSD) farkın menopoza süresi 1-3 yıl olan grubun puan ortalamasının 4-6 yıl olan gruptan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Menopoza yönelik bilgi alan kadınların ÇBASDÖ toplam ve Özel Bir İnsan alt boyut puan ortalamasının bilgi almayan kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu (p<0.05), bilgi alma durumu ile diğer alt boyutlar puan ortalaması arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Menopoza yönelik alınan bilgi kaynağına göre Arkadaş alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuş (p<0.05), ÇBASDÖ Aile ve Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında ise fark bulunmamıştır

($p>0.05$). İleri analizde (LSD), hekim ve hemşireden bilgi alanların puan ortalamasının TV/radyo/internette bilgi alanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Menopozu algılama durumuna göre ÇBASDÖ toplam ve tüm alt ölçek puan ortalaması arasında fark bulunmuştur ($p<0.001$). İleri analizde Aile, Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ toplam (Dunnett C) için tüm grupların puan ortalamalarının birbirinden farklı, Arkadaş (LSD) için menopozu iyi ve orta olarak algılayanların puan ortalamasının kötü algılayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Kadınların Menopozla İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Menopozla İlişkin Özellikler	n	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam
		Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Menopoz Süresi (yıl)					
1-3	144	18.56±5.89	16.24±4.95	16.44±5.60	51.24±14.75
4-6	109	17.54±6.28	14.52±5.53	15.08±5.73	47.15±16.32
7 ve üzeri	44	18.09±5.93	15.32±5.85	16.25±5.53	49.66±15.63
Test ve Önemlilik		F=0.887 p=0.413	F=3.252 p=0.040*	F=1.884 p=0.154	F=2.170 p=0.116
Menopozla Yönelik Bilgi Alma					
Evet	196	18.58±6.08	15.90±5.44	16.50±5.64	50.98±15.81
Hayır	101	17.21±5.87	14.62±5.07	14.77±5.52	46.61±14.60
Test ve Önemlilik		t=1.851 p=0.065	t=1.970 p=0.050	t=2.516 p=0.012*	t=2.317 p=0.021*
Bilgi Kaynağı (n=196)					
Hekim	133	18.69±6.17	16.27±5.41	16.67±5.77	51.63±16.07
Hemşire	23	19.65±5.49	17.39±4.90	18.00±5.51	55.04±14.73
TV,radyo,internet	40	17.60±6.10	13.85±5.40	15.05±5.07	46.50±14.89
Test ve Önemlilik		F=0.898 p=0.409	F=4.132 p=0.017*	F=2.225 p=0.111	F=2.517 p=0.083
Menopozu Algılama					
İyi	68	21.47±4.47	17.60±4.88	18.68±4.42	57.75±11.39
Orta	106	19.57±5.06	16.51±4.57	16.70±4.87	52.77±13.11
Kötü	123	15.02±6.14	13.40±5.53	13.71±6.06	42.12±16.25
Test ve Önemlilik		F=36.975 p=0.000**	F=18.609 p=0.000**	F=20.991 p=0.000**	F=31.072 p=0.000**

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, F=Varyans Analizi; t= Bağımsız gruplarda t testi, * $p<0.05$; ** $p<0.001$

Tablo 4.6’da yaş grubu, medeni durum, eşin çalışma durumuna göre MSDÖ puan ortalamaları arasında fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Eğitim d¼zeyi ile MSDÖ puan ortalamaları arasında fark tespit edilmiş ($p<0.001$), ileri analizde (LSD) farkın okuryazar olmayanların puan ortalamasının diğer gruplardan ve okuryazar/ilkokul mezunu olanların ortaokul dışında diğer gruplardan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Eşin eğitim d¼zeyi ile MSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$). İleri analizde (LSD) farkın okuryazar/ilkokul mezunu olanların puan ortalamalarının diğer eğitim d¼zeylerine sahip gruplardan yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Çalışan kadınların MSDÖ puan ortalamaları çalışmayan kadınlardan anlamlı olarak düşük olarak belirlenmiştir ($p<0.01$).

Çocuk sayısı ile MSDÖ puan ortalaması arasında fark bulunmuş ($p<0.01$), ileri analizde (LSD) farkın 5 ve üzeri çocuğu olanların puan ortalamasının çocuğu olmayan ve 1-2 çocuğu olan gruptan, 3-4 çocuğu olanlarında çocuğu olmayanlardan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Ekonomik durumu algılamaya göre MSDÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmuş ($p<0.001$), ileri analizde (LSD) farkın ekonomik durumu iyi olarak algılayan grubun puan ortalamasının orta ve kötü olarak algılayan gruptan düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sağlığı algılama durumuna göre MSDÖ puan ortalaması arasında fark bulunmuştur ($p<0.001$). İleri analizde (LSD) farklılığın tüm grupların puan ortalamasının birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sigara kullanmayanların MSDÖ puan ortalamalarının sigara kullananlardan anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	MSDÖ		Test ve Önemlilik
		Ort	±SS	
Yaş Grubu				
46-50	80	18.53	±6.72	F=2.130
51-55	128	18.13	±7.22	p=0.121
56-60	89	20.12	±7.45	
Medeni Durum				
Evli	237	18.83	±7.17	t=0.038
Bekar/Dul/Boşanmış	60	18.87	±7.34	p=0.970
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar değil	55	22.13	±6.81	
Okuryazar/ilkokul	145	19.18	±7.11	F=6.603
Ortaokul	46	16.93	±6.47	p=0.000**
Lise	42	16.62	±7.07	
Üniversite	9	13.22	±6.18	
Eş Eğitim Düzeyi (n=237)				
Okuryazar/ilkokul	104	20.87	±7.20	
Ortaokul	62	17.01	±6.83	F=5.733
Lise	43	18.09	±6.67	p=0.001*
Üniversite	28	16.35	±6.73	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	30	15.23	±6.00	t=2.931
Çalışmıyor	267	19.24	±7.21	p=0.004*
Eşin Çalışma Durumu (n=237)				
Çalışıyor	143	18.09	±6.65	t=-1.898
Çalışmıyor	94	19.94	±7.79	p=0.059
Çocuk Sayısı				
Çocuğu yok	17	14.29	±4.70	
1-2	80	17.86	±7.43	F=4.406
3-4	145	19.14	±7.06	p=0.005*
5 ve üzeri	55	20.84	±7.14	
Ekonomik Durumu Algılama				
İyi	111	16.38	±7.11	
Orta	150	20.15	±7.02	F=11.254
Kötü	36	20.94	±60.11	p=0.000**
Sağlığı Algılama				
İyi	111	15.62	±6.83	
Orta	119	18.74	±6.60	F=38.400
Kötü	67	24.33	±5.32	p=0.000**
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanıyor	42	15.86	±7.52	t=-2.934
Kullanmıyor	255	19.33	±7.03	p=0.004*

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, F=Varyans Analizi; t= Bağımsız gruplarda t testi, *p<0.01, **p<0.001

Menopoz süresi ve alınan bilgi kaynağı ile MSDÖ puan ortalamaları arasında fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Menopoza yönelik bilgi alan kadınların MSDÖ puan ortalamasının almayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Menopozu algılama durumu ile MSDÖ puan ortalamaları arasında fark belirlenmiştir ($p<0.001$). İleri analizde (LSD) farkın tüm grupların puan ortalamasının birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Menopoza İlişkin Özellikler	n	MSDÖ		Test ve Önemlilik
		Ort	±SS	
Menopoz Süresi (yıl)				
1-3	144	18.24	±7.27	F=1.586 p=0.207
4-6	109	19.81	±7.20	
7 ve üzeri	44	18.36	±6.79	
Menopoza Yönelik Bilgi Alma				
Evet	196	18.21	±7.20	t=-2.067
Hayır	101	20.02	±7.04	p=0.040*
Bilgi Kaynağı (n=196)				
Hekim	133	18.30	±7.16	F=1.356 p=0.260
Hemşire	23	16.08	±7.12	
TV, radyo, internet	40	19.15	±7.31	
Menopozu Algılama				
İyi	68	12.62	±5.99	F=95.230 p=0.000*
Orta	106	17.05	±5.20	
Kötü	123	23.81	±5.76	

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, F=Varyans Analizi, t= Bağımsız gruplarda t testi, * $p<0.001$

Kadınların ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyutlar ile MSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Başka bir ifade ile ÇBASDÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları yükseldikçe MSDÖ puan ortalaması azalmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam ile MSDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Alt Boyutlar		MSDÖ
Aile	r	-0.473
	p	0.000*
Arkadaş	r	-0.445
	p	0.000*
Özel Bir İnsan	r	-0.421
	p	0.000*
ÇBASDÖ Toplam	r	-0.490
	p	0.000*

*p<0.001, r=Pearson korelasyon

5. TARTIŞMA

Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopoz semptomlarına etkisi konulu bu araştırmada, elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılmış ve araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

Bu çalışmada kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 49.50 ± 15.53 'dür. Aile 18.12 ± 6.04 , Arkadaş 15.47 ± 5.35 ve Özel Bir İnsan alt boyut puan ortalaması ise 15.91 ± 5.66 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt ve üst değerlere göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Klimakterik dönemdeki kadınlarla yapılan bir araştırmada ÇBASDÖ toplam, Aile ve Arkadaş alt boyut puan ortalamalarının bu çalışmadan yüksek, Özel Bir İnsan alt boyutu puan ortalamasının ise düşük olduğu bulunmuştur (78). Türkiye'de menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan çalışmada Aile ve Arkadaş desteği puan ortalamalarının (34), İran'da menopozlu kadınlarla yapılan araştırmada ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının bu çalışma sonucundan yüksek olduğu, ayrıca kadınların %60'ının sosyal desteği yüksek algıladığı bildirilmiştir (62). Bu sonuçta bireysel, coğrafik, toplumsal-kültürel ve bölgesel özelliklerin etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada menopoz dönemindeki kadınların MSDÖ puan ortalamalarının 18.84 ± 7.19 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek alt ve üst değerlere göre kadınların algıladığı menopozal yakınma şiddetinin orta düzeyin altında olduğu bulunmuştur. Menopozlu kadınlarla yapılan çalışmalarda MSDÖ puan ortalamasının sırası ile 14.65 ± 7.62 , 16.36 ± 7.62 olduğu bildirilmiştir (66, 79).

Bildirilen sonuçlar bu çalışmadan elde edilen sonuçtan daha düşüktür. Klimakterik dönemdeki kadınlarla yapılan başka bir çalışmada, MSDÖ puan ortalamasının 22.67 ± 8.06 olup bu çalışma sonucundan yüksek (10), diğer bir çalışmada MSDÖ puan ortalaması 18.08 ± 8.7 olup bu çalışma sonucu ile benzer olduğu görülmüştür (80). Bu sonuçlarda bireysel özelliklerle birlikte sosyo- kültürel, ekonomik, bölgesel ve coğrafik özelliklerin etkisi olabilir.

Bu araştırma sonuçları araştırmanın birinci sorusunu yanıtlamaktadır.

Kadınların yaş gruplarına göre ÇBASDÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında fark belirlenmemiştir. Klimakterik (78, 81) ve Postmenopozal dönemdeki (55) kadınlarla yapılan çalışmalarda da yaş ile sosyal destek arasında fark olmadığı bildirilmiş olup, bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan bir çalışmada ise 50 yaş ve üzerindeki kadınların 45-50 yaşındaki kadınlardan anlamlı düzeyde düşük ÇBASDÖ toplam puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiştir (82). Bildirilen çalışma sonucu ile bu çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Farklılıkta bireysel, toplumsal ve kültürel özelliklerin etkisi düşünülmektedir.

Bu çalışmada evli kadınların Arkadaş alt boyutu puan ortalamasının bekâr/dul/boşanmış kadınlara göre anlamlı olarak yüksek belirlenirken, ÇBASDÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalaması ile medeni durum arasında fark tespit edilmemiştir. Yapılan bir çalışmada ise bekâr kadınların evli ve boşanmış olanlardan ÇBASDÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş (82) olup, bu çalışma bulgusunu desteklememektedir. Bireysel, toplumsal-kültürel ve ekonomik özelliklerin sonuçta etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada okuryazar olmayanların ÇBASDÖ Aile alt boyutu için puan ortalaması üniversite dışında diğer gruplardan, toplam ve diğer alt boyutlar için diğer tüm eğitim gruplarından anlamlı düzeyde düşük, üniversite mezunlarının ise Aile dışında diğer alt boyutlar ve toplamda diğer gruplardan yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da lise ve üniversite mezunlarının diğer eğitim düzeyindeki kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek ÇBASDÖ puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiş olup (82), bildirilen çalışma sonucu ile bu çalışma sonucu toplam ölçek bulgusu bakımından benzerlik göstermektedir. Yapılan diğer bir çalışmada eğitim durumu ile Arkadaş alt ölçeği dışında ÇBASDÖ toplam ve diğer alt ölçek puan ortalaması arasında fark tespit edilmemiştir (78). Bu alışma bulgusu ile bildirilen çalışma bulgusu Arkadaş alt boyutu bakımından benzerlik göstermektedir. Farklı sonuçta bireysel, toplumsal-kültürel özelliklerin etkisi düşünölmektedir.

Bu araştırmada eşi okuryazar/ilkokul mezunu olan kadınların puan ortalamasının ÇBASDÖ toplam ve Arkadaş alt boyutu için ortaokul ve üniversite, Aile için ortaokul ve lise, Özel bir insan için ortaokul mezunlarından anlamlı olarak düşöktür. Yapılan çalışmalarda ise eşi eğitim düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında fark olmadığı bildirilmiştir (55, 82). Mevcut alışma bulgusunun önceki çalışma bulguları ile farklılık göstermesi bireysel ve sosyo-kültürel, bölgesel özelliklerden kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada çalışan kadınların Aile dışındaki diğer alt boyutlar ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının alışmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (81). Yapılan bir diğer çalışmada emekli kadınların

algıladıkları sosyal desteğin çalışanlardan, çalışanların da ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (82). Çalışma hayatının sosyal destek algısını pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada eşi çalışan kadınların eşi çalışmayan kadınlardan ÇBASDÖ Aile alt boyut puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiş olup, eş çalışma durumu ile diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında fark belirlenmemiştir. Erbil ve Gümüşay'ın 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada da eşin çalışma durumuna göre ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasında fark olmadığı bildirilmiş (82) olup, bildirilen çalışma sonucu ile bu çalışma sonucu benzerdir.

Bu araştırmada çocuk sayısına göre ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında fark belirlenmemiştir. Bu sonuç postmenopoz dönemdeki kadınlarla yapılan çalışma sonucu ile benzerdir (55). Sonuçta çocuklarla olan iletişim ve etkileşimin niteliğinin etkili olabileceği ve çocuk sayısının sosyal desteğe katkı sunmadığı düşünülebilir.

Bu araştırmada ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınların ÇBASDÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamasının orta ve kötü olarak algılayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada aylık gelir düzeyi 1.000 TL'nin üzerinde olan menopozal kadınların daha düşük düzeyde gelire sahip olanlara göre algıladıkları Arkadaş ve Aile sosyal desteği puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (78). Diğer bir çalışmada da gelir algısı iyi olanların kötü ve orta olanlara göre ÇBASDÖ puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (82). Bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada Arkadaş alt boyutunda sağlığını ktu algılayanların puan ortalamalarının orta ve iyi algılayanlardan düşük, ÇBASDÖ toplam ve diğer alt boyutlarda puan ortalamalarının tüm gruplarda anlamlı olarak birbirinden farklı ve en yüksek puana sağlığını iyi, en düşük ktu algılayanların sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlığını çok iyi algılayan kadınların en yüksek, ktu algılayanların en düşük ÇBASDÖ puan ortalamasına sahip oldukları bildirilmiştir (82). Mevcut alışma sonucu bildirilen çalışma sonucuyla benzerdir.

Sigara kullanma ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalaması arasında fark belirlenmemiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (78, 82).

Bu araştırmada menopoza süresi 1-3 yıl olanların, menopoza süresi 4-6 yıl olan gruba göre ÇBASDÖ Arkadaş alt boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek, menopoza süresine göre toplam ve diğer alt boyut puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada da üç yıldan az süredir menopoza olan kadınların üç yıldan fazla olanlardan Aile, üç yıldan fazla süredir menopoza olan kadınların üç yıldan az olanlardan Arkadaş alt boyut puan ortalamasının daha fazla olduğu belirtilmiştir (78). Bu sonuç menopozun ilk yıllarında sosyal destek alma gereksiniminin artmış olabileceği ile açıklanabilir.

Bu araştırmada menopoza yönelik bilgi alan kadınların ÇBASDÖ zel Bir İnsan alt boyutu ve toplam puan ortalamasının bilgi almayan kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuş, menopoza yönelik bilgi alma durumuna göre diğer alt boyut puan ortalamaları arasında ise fark bulunmamıştır. Klimakterik dönem kadınlarla yapılan bir çalışmada menopoza yönelik bilgi alan kadınların ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasının (81), diğer bir çalışmada, yalnızca

arkadaş alt boyutu puan ortalamasının bilgi almayanlardan yüksek olduğu bildirilmiştir (78). Bu sonuçlar bilgisel desteğin önemli bir faktör olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada menopoza yönelik bilgi kaynağı hekim ve hemşire olanların Arkadaş alt boyutu puan ortalaması TV/radyo/internette bilgi alanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptanmış, diğer alt boyutlar ve ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasında bilgi kaynağına göre fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarından alınan bilgi desteğinin arkadaş destek algısını olumlu etkilediği söylenebilir.

Menopozu iyi ve orta olarak algılayan kadınların Arkadaş alt boyutu puan ortalamasının kötü algılayanlardan yüksek, diğer alt boyutlar ve ÇBASDÖ toplam için tüm grupların birbirinden anlamlı olarak farklı ve en yüksek puan ortalamasına sağlığını iyi algılayanların sahip olduğu tespit edilmiştir. Klimakterik dönemdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada menopozu iyi olarak algılayan kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının kötü ve hem iyi hem kötü olarak algılayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, menopozu algılama durumuna göre diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (81). Menopozu algılama ile ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olması bildirilen çalışma sonucu ile benzer, alt boyutlar açısından farklıdır. Çalışma sonucunda kadınların bireysel ve sosyo-kültürel özelliklerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları araştırmanın ikinci sorusuna yanıt oluşturmaktadır.

Bu araştırmada yaş grupları ile MSDÖ puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuç yapılmış diğer çalışma sonuçları ile benzerdir (10, 81, 83).

Bu sonuç kadınların menopozu beklenen bir durum olarak algılayıp kabullenmiş olabileceği ile açıklanabilir.

Araştırmada medeni durum ile MSDÖ puan ortalaması arasında fark saptanmamıştır. Bu çalışma sonucu ile benzer şekilde Suudi Arabistan'da klimakterik dönemdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada da medeni duruma göre MSDÖ puan ortalaması arasında fark bildirilmemiştir (83). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise bu çalışma bulgusundan farklı olarak evli olan kadınların evli olmayanlardan MSDÖ puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu farklı sonuçta bölgesel ve sosyo-kültürel özellikler ve eşten beklentiler etkili olabilir.

Bu araştırmada okuryazar olmayan kadınların MSDÖ puan ortalamasının diğer, okuryazar/ilkokul mezunu olanların ortaokul dışında diğer eğitim düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada eğitim durumu lise ve üzerinde olan kadınların ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip kadınlara göre menopozal yakınmaları daha az yaşadıkları bildirilmiş olup (80), bildirilen sonuç ile bu çalışma sonucu benzerdir. Klimakterik dönemdeki kadınlarla yürütülen çalışmalarda ise eğitim düzeyine göre MSDÖ puan ortalaması arasında fark bildirilmemiş olup (10, 81), bu çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Mevcut çalışma bulgusuna göre düşük eğitim düzeyinin menopozal yakınmalarla baş etmeyi olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada eş eğitim düzeyi okuryazar/ilkokul olanların MSDÖ puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre anlamı olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuç klimakterik dönemdeki kadınlarla yürütülmüş olan bir çalışma sonucu ile benzer olup, eş eğitim düzeyi arttıkça MSDÖ puan ortalamasının azaldığı

belirtilmiştir (81). Diğer çalışmalarda eş eğitim düzeyine göre MSDÖ puan ortalaması arasında fark bulunmadığı belirtilmiştir (10, 84) olup mevcut çalışma sonucu bildirilen çalışma sonucu ile benzerlik göstermemektedir. Bu farklılıkta bireysel ve kültürel özellikler etkili olabilir.

Bu araştırmada çalışan kadınların MSDÖ puan ortalamaları çalışmayan kadınlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da menopoz dönemindeki çalışan kadınların çalışmayanlardan anlamlı olarak daha az menopozal yakınmaları yaşadıkları bildirilmiştir (66, 83) olup bu çalışma sonucu bildirilen sonuçlar ile benzerdir. Çalışan kadının evdeki sorumluluklarının yanında iş yerinde de bir sorumluluğunun olması menopozal yakınmaları yeterince hissetmemesine veya dikkate almamasına neden olmuş olabilir.

Araştırmada eş çalışma durumu ile MSDÖ puan ortalaması arasında fark saptanmamıştır. Bu sonuç Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun 2014 yılında yaptıkları çalışma sonucu ile benzerdir (10).

Araştırmada çocuğu olmayanların üç ve üzeri çocuğu olanlardan, 1-2 çocuğu olanların beş ve üzeri çocuğu olanlardan MSDÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun 2014 yılında yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı ile MSDÖ puan ortalaması arasında fark bildirilmemiştir (10). Bu farklı sonuçta bireysel özelliklerin ve çocuktan beklentilerin yanı sıra kültürel özelliklerin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınların MSDÖ puan ortalamasının orta ve kötü olarak algılayan kadınlardan anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Klimakterik dönemdeki kadınlarla yapılan çalışmalarda ise ailenin maddi durumunu algılamasına göre MSDÖ puan ortalaması arasında fark

bildirilmemiştir (10, 81). Bildirilen sonuç ile bu çalışma sonucu farklılık göstermekte olup, sonuçta bireysel ve sosyo-kültürel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlığını kötü olarak algılayan kadınların MSDÖ puan ortalamasının anlamlı olarak en yüksek, iyi algılayanların ise en düşük olduğu belirlenmiştir. Sueldo ve diğerlerinin 2018 yılında menopozal kadınlarda sağlık algısını inceledikleri bir çalışmada kadınların sağlık algılarının kötü olduğu bildirilmiştir (85). Mevcut çalışma sonucunda kötü sağlık algısının menopoz semptomlarını algılamada olumsuz bir faktör olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada sigara kullanmayan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının sigara kullananlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Mısır'da yapılan bir çalışmada sigara içen kadınların içmeyenlere göre menopoz semptomlarını geliştirme riskinin 1.88 kat fazla olduğu bildirilmiştir (86). Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan bir çalışmada ise sigara kullanma durumuna göre menopoza bağlı şikâyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiş (87) olup, bildirilen sonuçlar ile bu çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Sigara kullanımının menopoz semptomları üzerine olumsuz etkisi bilinmesine rağmen bu çalışma sonucu sigara kullanmanın menopoz semptomları ile baş etme yöntemi olarak algılanmış olabileceği ile açıklanabilir.

Bu çalışmada kadınların menopozda olma süresi ile MSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Biri ve diğerleri tarafından 2004 yılında yapılan bir çalışmada, premenopozal dönemdeki kadınlarda postmenopozal dönemdeki kadınlara göre menopozla ilgili şikâyetlerin genel olarak daha az görüldüğü bildirilmiş (88) olup, bu araştırma bulgusu ile farklılık

göstermektedir. Bu sonuçta bölgesel ve kültürel özelliklerin etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada menopoza yönelik bilgi alan kadınların bilgi almayanlardan anlamlı düzeyde düşük MSDÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Klimakterik dönem kadınlarla yapılan bir çalışmada, menopoza yönelik bilgi alma durumu ile MSDÖ puan ortalamalarının değişmediği belirtilmiştir (81). Özpınar ve Çevik tarafından 2016 yılında yapılan bir araştırmada menopoz hakkında bilgisi olan kadınların MSDÖ puan ortalamasının bilgisi olmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (89). Bildirilen önceki araştırma sonuçları ile bu çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Bu sonuçta alınan bilgi, bilgi kaynağı ve bilgilerin uygulamaya yansıtılma durumu etkili olabilir.

Alınan bilgi kaynağına göre MSDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. İskoçya'da yapılan bir çalışmada, menopoz semptom yönetimi konusunda en yaygın bilgi kaynağının kitap ve dergilerin olduğu ve kadınların üçte birinden fazlasının bu bilgi kaynağının oldukça faydalı olduğunu belirtmişlerdir (21).Bu çalışma sonucunda bilgiyi özümseme ve kullanma durumu etkili olabilir.

Bu araştırmada menopozu iyi olarak algılayan kadınların MSDÖ puan ortalamasının en düşük, kötü algılayanların en yüksek ve tüm grupların birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da menopoz dönemini iyi ve kısmen iyi olarak algılayan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının kötü olarak algılayanlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir (80, 84). Bildirilen sonuç ile mevcut çalışma sonucu benzerlik göstermekte olup sonuçta menopozu kolay kabullenmenin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma sonuçları araştırmanın üçüncü sorusunun cevabını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması arttıkça MSDÖ puan ortalamasının anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur. Bu sonuç araştırmanın dördüncü sorusuna yanıt oluşturmaktadır. Klimakterik dönem kadınlarla yapılan bir çalışma sonucuna göre ÇBASDÖ Aile alt boyut ve toplam puan ortalaması arttıkça MSDÖ puan ortalamasının azaldığı, diğer alt boyutlar ile MSDÖ puan ortalaması arasında fark olmadığı belirlenmiştir (81). Perimenopoz dönemindeki kadınlarla yapılan bir çalışmada aile desteği arttıkça menopoz semptomlarının azaldığı, arkadaş ve özel insan desteği ile fark olmadığı (90), menopozlu kadınlarla yapılan bir çalışmada, doğal menopozlu kadınlarda menopozal belirti şiddetinin aile desteği ile negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği, arkadaş desteği ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (34). Klimakterik dönem kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada, menopoz döneminde destek görmeyen kadınların daha fazla menopoz semptomları belirttiği bildirilmiştir (61). Bildirilen araştırma sonuçları ile bu araştırma sonucu benzerlik ve farklılık göstermekte olup, bu sonuçlarda bireysel özelliklerin yanı sıra bölgesel ve kültürel özelliklerin etkisi olabilir ve algılanan sosyal desteğin menopoz semptomlarını azaltmada önemli bir etken olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada kadınların algıladığı sosyal desteğin orta düzeyde ve menopoz semptomları şiddetinin orta düzeyin altında olduğu bulunmuştur.

Kadının okuryazar olmaması, eşinin okuryazar/ilkokul mezunu olması, kadının çalışmaması, ekonomik durum algısının kötü ve orta olması ve sağlığını ve menopozu kötü olarak algılamasının ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasını azalttığı belirlenmiştir. Ayrıca bekar/dul/boşanmış olma Arkadaş; eşin çalışmıyor olması Aile; menopoz süresinin 4-6 yıl olması Arkadaş, menopoza yönelik bilgi almamanın Özel Bir İnsan ve toplam ölçek ve hekim ve hemşireden bilgi almamanın da Arkadaş, alt boyut puan ortalamasını azalttığı belirlenmiştir.

Kadının eğitiminin olmaması ve okuryazar/ilkokul mezunu olması, eşinin okuryazar/ilkokul mezunu olması, kadının çalışmaması, üç ve üzeri sayıda çocuğunun olması, ekonomik durumunu orta ve kötü, sağlığını ve menopozu kötü olarak algılaması, sigara kullanmama, menopoza yönelik bilgi almamasının MSDÖ puan ortalamasını arttırdığı belirlenmiştir.

Ayrıca kadınların ÇBASDÖ tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arttıkça MSDÖ puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Menopoz döneminde olup eğitimi olmayan ve okuryazar/ilkokul mezunu olan, eşi okuryazar/ilkokul mezunu olan, çalışmayan, sağlığını ve menopozu kötü, ekonomik durumu orta ve kötü olarak algılayan, üç ve üzeri sayıda çocuğu olan, menopoza yönelik bilgi almayan kadınların öncelikli olarak ele alınması,

- ✓ Önemli sosyal destek kaynaklarından olan hemşireler tarafından kadının menopoz semptomları ile baş edebilmesi için gerekli danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- ✓ Hemşirelerin olumlu sosyal ilişkilerin geliştirilmesinin önemi hakkında kadını ve ailesini bilgilendirmesi ve çeşitli sosyal aktivitelerin düzenlenmesi ve geliştirmesine yönelik müdahalelerde bulunması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Bhore, N. (2015). Coping Strategies in Menopause Women: A Comprehensive Review. *Innovational Journal of Nursing and Healthcare (IJNH)*, 1(4), 244-253.
2. Yazdkhasti, M., Simbar, M. ve Abdi, F. (2015). Empowerment and Coping Strategies in Menopause Women: A Review. *Iran Red Crescent Medicine Journey*, 17(3), 1-5.
3. Koyun, A., Taşkın, L., ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
4. Aksoy, D. Ö. (2017). Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. 15-49 Yaş Kadın İzlemi. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Daire Başkanlığı: Ankara. 12-21.
5. Çağlar, G. S. ve Yüce, E. (2016). *Menopoz Multidisipliner Yaklaşım*. (S. D. Cengiz ve G. S. Çağlar, Eds). Menopoz. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
6. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 157-227.
7. Afridi, I. (2017). Psychological and Social Aspects of Menopause. *World's Largest Science Technology & Medicine*, 50-61.

8. Atan, Ş. Ü. ve Yiğitoğlu, S. (2015). Menopozda Semptom Yönetimi ile İlgili Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 3, 35-59.
9. Gülseren, L. (2014). Menopoz Okulu Eğitim Rehberi. İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Daire Başkanlığı.
10. Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16–29.
11. Takeda, Y. (2010). Understanding the Life Stages of Women to Enhance Your Practice. *Journal of the Japan Medical Association*, 53(5), 273-278.
12. Yalçın, Ö. (2004). *Jinekoloji*. (S. Berkman, Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
13. Atasü, T. ve Şahmay, S. (2001). *Jinekoloji Kadın Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Kitabevi.
14. Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48-56.
15. Schuiling, K. D., ve Low, L. K. (2006). Women's Growth and Development Across the Life Span. (In K. D. Schuiling ve F. E. Likis, Eds). *Women's Gynecologic Health*, 21-38.
16. Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W. ve diğerleri. (2001). Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(9), 843-8.
17. Şahin, N. (2016). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. (N. Beji Kızılkaya, Ed). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

18. Ergül, Ş. ve Temel, B. A. (2006). Premenopozal Dönemde Değişen Gereksinimler ve Kontrasepsiyon. *Aile ve Toplum Dergisi*, 10(3), 55-60.
19. Jones, M. L., Eichenwar, T. ve Hall, N. W. (2008). *Menopoz Meraklısına* (C. Öztekin, Çev.). İstanbul: Doğan Yayınevi.
20. Price, S. L., Storey, S. ve Lake, M. (2007). Menopause Experiences of Women In Rural Areas. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 503-511.
21. Duffy, O. K., Iversen, L. ve Hannaford, P. C. (2012). The Impact and Management of Symptoms Experienced at Midlife: a Community-based Study of Women in Northeast Scotland. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 554-563.
22. Ertüngealp, E. ve Seyisoğlu, H. (2000). Menopoz ve Osteoporoz. *Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği*, 25-78.
23. Atasü, T. (2001). Menopoz-Tedavisi ve Kanser. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
24. Özcan, H. ve Oskay, Ü. (2013). Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163.
25. Özgür, G. Yıldırım, S. ve Komutan, A. (2010). Menopoz Sonrası Kadınların Öz Bakım Gücü ve Etki Eden Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 35-43.
26. Jane, F. M. ve Davis, R. S. (2014). A Practitioner's Toolkit for Managing the Menopause. *International Menopause Society*, 17, 565-579.
27. Rotem, C., Kupfersztain, C., Fagot, R. ve Kaplan, B. (2005). The Immediate Effect of Natural Plant Extract, Angelica Sinensis and Matricaria Chamomilla (Climex) for the Treatment of Hot Flushes During Menopause. *A Preliminary Report*, 30(4), 203-206.

28. Ayers, B., Forshaw, M. ve Hunter, M. S. (2010). The Impact of Attitudes Towards the Menopause on Women's Symptom Experience: A Systematic Review. *Maturitas*, 65, 28-36.
29. Çağlar, G. S. ve Özdemir, E. D. (2016). *Menopoz Multidisipliner Yaklaşım* (S.D. Cengiz ve G. S. Çağlar, Eds). Vazomotor Semptomlar ve Tedavisi. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
30. Jehan, S., Masters-Isarilov, A., Salifu I., Zizi, F., Jean Louis, G., Pandi Perumal S.R, Ravi Gupta, ve diğerleri. (2015). Sleep Disorders in Postmenopausal Women. *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, 4(5), 1-18.
31. Islam, M. R., Gartoulla, P., Bell, R. J., Fradkin, P. ve Davis, S. R. (2015). Prevalence of Menopausal Symptoms in Asian Midlife Women: A Systematic Review. *Research Gate*, 18(2), 157-76.
32. Akarsu, H. R. ve Kuş, B. (2017). Menopozal Sıcak Basması Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 104-112.
33. Gartoulla, P., Robin, J., Bell, Roisin, W. ve Davis, R. (2015). Moderate-Severely Bother Some Vasomotor Symptoms are Associated with Lowered Psychological General Well Being in Women at Midlife. *Maturitas*, 81(4), 487-492.
34. Karlıdere, T. ve Özşahin, A. (2008). Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek ile İlişkinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 11, 159-166.
35. Kulhan, N. G. ve Kulhan, M. (2016). Menapoz. *Klinik Tıp Bilimleri*, 4(3), 31-41.

36. Tangal, S. ve Haliloğlu, A. H. (2016). *Menopoz Multidisipliner Yaklaşım* (S.D. Cengiz ve G. S. Çağlar, Eds). Menopozda Genitoüriner Semptomlar ve Tedavisi. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
37. Akyüz, F. ve Gölgeci, C. (2000). *Kadın Doğum TUS'a Son Bakış*. İstanbul: ALFA Basım Yayım.
38. Raz, R. (2011). Urinary Tract Infection in Postmenopausal Women. *Korean Journal of Urology*, 52, 801-808.
39. Şentürk, Ş. ve Kara, M. (2010). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17 (1), 7-11.
40. Fritz, M. A. ve Speroff, L. (2014). *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite*. (İ. Üreyen Çev./Serdar Günalp Çev. Ed). Menopoz ve Perimenopozal Geçiş. Ankara: Güneş Kitapevleri.
41. Avis, N. E., Brockwell, S., Randolph Jr, J. F., Shunhua J. F., Cain, V. S. ve diğerleri. (2009). Longitudinal Changes in Sexual Functioningas Women Transition Through Menopause: Results From the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). NIH-PA Author Manuscript. *Menopause*, 16(3), 442-452.
42. Nappi, R. E., Palacios, S., Bruyniks, N., Particco, M. ve Panay N. (2018). The Burden of Vulvovaginal Atrophy on Women's Daily Living: Implications on Quality of Life From a Face-to-Tacereal-life Survey. *Menopause*, 26(5), 1-7.
43. Kömürcü, N. ve İşibilen, A. (2011). Postmenopozal Dönemde Kadınların Cinsel Yaşama Uyumu. *Turkish Journal of Urology*, 37(4), 326-330.

44. Süt, K. ve Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel Yaşam Kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 51-68.
45. Holly Thomas, N., Rachell Hess, M. D. ve Rebecca Thurston, C. (2015). Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Mid-life and Older Women. *Annals of Family Medicine*, 13(4), 336-342.
46. Seyisoğlu, H. (2006). *99 Sayfada Menopoz*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
47. Cengiz G. (2007). *Menopoz Kadınlık İşlevinin Sonu mu?* (Mehmet D. Ed.) İstanbul: Elit Kültür Yayınları.
48. Gallagher, C. M., Moonga S. B. ve Kovach, S. J. (2010). Cadmium Follicle-stimulating Hormone and Effects on Bone in Women Age 42–60 Years. *National Health and Nutrition Examination Survey*, 110(1), 105-111.
49. Çiçek, B. G. ve Özen, N. E. (2016). *Menopoz Multidisipliner Yaklaşım* (S. D. Cengiz ve G. S. Çağlar, Eds.). Menopozda Uyku ve Bilişsel İşlevler. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
50. Cho, N. Y., Kim, S., Nowakowski, S., Shin, C. ve Suh, S. (2018). Sleep Disturbance in Women Who Undergo Surgical Menopause Compared with Women Who Experience Natural Menopause. *Menopause*, 26(4), 1-8.
51. Gündüz, Ö. (2016). *Menopoz. Multidisipliner Yaklaşım*. (S. D. Cengiz, ve G. S. Çağlar, Eds.). Menopoz ve Dermatolojik Hastalıklar. Menopozda Genitoüriner Semptomlar ve Tedavisi. Ankara: Modern Tıp Kitapevi.
52. Khorsild, L. ve Gürol Arslan, G. (2006). Hemşirelik ve Sosyal Desteği Önemi. *Dirim*, 81(1), 182-188.

53. Doğan, T. (2008). Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve İyilik Hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30), 30-44.
54. Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
55. Najafabi, T. M. (2015). Association Between Perceived Social Support and Depression in Postmenopausal Women. *Jundishapur Journey Chronic Disease Care*, 6(10), 30126.
56. Social Support Chapter Learning Objectives Chapter 6 Linking Health Communication. Property of Kendall Hunt Publishing Co. Mattson's Health as Communication Nexus 2011 | 978-0-7575-5987-7. Erişim tarihi: 13.03.2019, <https://www.academia.edu/6399524/>
57. Kahraman, B. B. (2017). *Sosyal Destek ve Sağlığın Geliştirilmesi*. (S. Ayaz Alkaya, Ed.). Sağlığın Geliştirilmesi. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 136-146.
58. Wellness Module 3: Social Support- Here to Help. Erişim tarihi: 12. 05.2018, www.heretohelp.bc.ca/wellness.../wellness-module-3-social-
59. Ahmedi, A. (2016). Social Support and Women's Health. *Women's Health Bulletin*. 3(1), e31083.
60. Yalçın, İ. (2014). İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 1-12.
61. Koç, Z. ve Sağlam, Z. (2008). Klimakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. *Aile ve Toplum*, 4(15), 100-112.
62. Moghani, S. S., Simbar, M., Dolatian, M. ve Nasiri, M. (2016). The Relationship

Between Perceived Social Support and Women Experiences in Menopause.
Advances in Nursing & Midwifery, 25(90), 1-10.

63. Erkin, Ö., Ardahan, M. ve Kert, A. (2014). Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113.
64. Tortumluoğlu, G. (2004). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. ISSN:1303-5134. 1-13.
65. Agarwal, A. K., Kiron, N., Gupta, R., Sengar, A. ve Gupta P. (2018). A Study of Assessment Menopausal Symptoms and Coping Strategies Among Middle Age Women of North Central India. *International Journal Of Community Medicine Public Health*, 5(10), 4470-4477.
66. Tümer, A. ve Kartal, A. (2018). Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pam Tıp Dergisi*, 11(3), 337-346.
67. Vural Irmak, P. ve Yangın Balcı, H. (2016). Menopoz Algısı Türk ve Alman Kadınların Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 7-15.
68. Nateri, N. S., Beigi, M, Kazemi, A. ve Shirinkam, F. (2017). Women Coping Strategies Towards Menopause and its Relationship with Sexual Dysfunction. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(5), 343-347.
69. Lim, H. ve Mackey, S. (2012). The Menopause Transition Experiences of Chinese Singaporean Women: an Exploratory Qualitative Study. *The Journal of Nursing Research*, 20, 81-89.

70. Pınar, Ş. E., Yıldırım, G., Aksoy, Ö. D. ve Cesur, B. (2015). Kadına Özgü Bir Sorun. Menopozda Ruh Sağlığı. *International Journal of Human Science*, 12(2), 787-798.
71. Tiznobaik, A., Taheri, S., Momenimovahed, Z., Kazemnejad, A. ve Mirmolaei, S. T. (2018). Effects of Counseling on Lifestyle of Menopause Womenand Their Spouses: A Randomized, Controlled Trial Study (RTC). *Electronic Journal of General Medicine*, 15(4), em48.
72. Çapık, C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268–274.
73. 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), 30-41.
74. 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.
75. 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.
76. Gürkan Ö.C. (2005). Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği. *Hemşirelik Formu*, 30-35.
77. Çokluk, Ö., Şekerciöglü, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik. SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.

78. Koçak, Yüksel, D., Kaya Güler, İ. ve Aslan, E. (2017). Klimakterik Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 66-72.
79. Aksu, S., Sevincok, L. ve Oğurlu, N. (2011). The Attitudes of Menopausal Women and Their Spouse Towards Menopause. *Clinic Experimental Obstetrik Gynecology*, 38(3), 251-5.
80. Çoban, A., Nehir, E., Demirci, H., ve diğerleri .(2008). Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumluları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22 (6), 343 – 349.
81. Kökkaya, D. (2018). *Klimakterik Dönemdeki Kadınların Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınmalar Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
82. Erbil, M. ve Gümaşay, M. (2018). Relationship between Perceived Social Support and Attitudes Towards Menopause Among Women and Affecting Factors. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 4(2), 7-18.
83. Alquaiz, J. M., Siddiqui, A. R., Tayel, S. A. ve Habib, F. A. (2013). Determinants of Severity of Menopausal Symptoms Among Saudi Women in Riyadh City. *Climacteric*, 17(1), 71-78
84. İnceboz, Ü., Demirci, H., Özbaşaran, F., Çoban, A., Nehir, S. (2010). Factors Affecting the Quality of Life in Climacteric Women in Manisa Region. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 27(2), 111-116.

85. Sueldo, M, D., Martell-Claros, N., Abad-Cardiel, M., Zilberman, M. J. Marchegiani, R., Fernández-Pérez C. (2018). Health Perception in Menopausal Women. *International Journey Womens Health*. 10: 655–661.
86. Essa, R. M ve Mahmoud, N. M. (2018). Factors Associated with the Severity of Menopausal Symptoms Among Menopausal Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7(2), 29-40.
87. Uludağ, A., Güngör A. N. Ç., Coşar E, Şahin E. M. ve Gencer M. (2014). Kadınların Hayatındaki Başka Bir Dönem: Menopoz ve Menopozun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18, 25-30.
88. Biri, A., Bakar, C., Maral, I., Bumin. M. A. ve Güner, H. (2004). 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgileri, Menopozla İlgili Yakınmaları ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanma Durumları. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 14, 75-83.
89. Özpınar, S. ve Çevik, K. (2016). Women’s Menopause-Related Complaints and Coping Strategies: Manisa Sample. *International Journal of Nursing*, 3(2), 69-78.
90. Zhao, D., Liu, C., Feng, X., Hou F., Xu, X. ve Li, P. (2018). Menopausal Symptoms in Different Substages of Perimenopause and Their Relationships with Social Support and Resilience. *The Journal of The North American Menopause Society*, 26(3), 233-239.

EKLER

EK 1. Tanımlayıcı Soru Formu

1. Yaşınız nedir?.....
2. Medeni durumunuz nedir?
 Evli Bekar Dul Boşanmış
3. Eğitim düzeyiniz nedir?
 Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise
 Üniversite
4. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
 Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise
 Üniversite
5. Çalışma durumunuz nedir?
 Çalışıyor Çalışmıyor
6. Eşinizin çalışma durumu nedir?
 Çalışıyor Çalışmıyor
7. Çocuk sayınız nedir?.....
8. Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
 İyi Orta Kötü
9. Sigara kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır
10. Kaç yıldır menopozdasınız ?.....
11. Menopoz dönemine yönelik bilgi aldınız mı?
 Evet Hayır
12. Bilgi aldıysanız kimden aldınız?.....
13. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?
 İyi Orta Kötü
14. Menopoz dönemini nasıl algılıyorsunuz?
 İyi Orta Kötü

EK 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (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. Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Sevgili hanımlar, menopoz semptomları değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz

YAKINMALAR	HİÇ YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ÇOK ŞİDDETLİ
Puanlar	0	1	2	3	4
1. Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2. Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3. Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4. Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6. Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8. Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçıрма)					
10. Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)					

EK 5. Resmi İzin Yazısı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

ERZİNCAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ERZİNCAN İLİ KHBGS MALİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
28/10/2016 11:37 - 43527969 - 605.99 - E.1602
00032493119

Sayı : 43527969/605.99
Konu : Tez Çalışma İzni

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

İlgi : 17/10/2016 tarihli ve 91611685-41421 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda adı geçen Nisa TUNÇARSLAN 'ın "Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Desteğin Menopoz Semptomlarına Etkisi" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. İsmayil YILMAZ
Genel Sekreter

Fuat ONAL
V.H.K.I.
Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
28/10/2016

Bahçelievler Mah. Adnan menderes Cad.24050/ERZİNCAN İrtibat: Osman BALÇIK
Mali Hizmetler Uzmanı
Faks No:0 446 212 60 63
Bilgi için:Cennet AKTAŞ
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:

e-Posta:cennet.aktas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tlf: (446) 212 60 61 Dahili: (5031)
Fax: (446) 212 60 63 e-posta: osman.balcik@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 817cad02-2f19-4d06-9c35-be453bf975c6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. Bilgilendirilmiş Onam

Bu araştırma kadınların algıladıkları sosyal destek ile menopoz semptomları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma verilerini toplamamız için sizlerin tanıtıcı özelliklerinizi içeren, algıladığınız sosyal destek ve menopoz semptomlarınızı ölçen soru formları bulunmaktadır. Sizden istediğimiz sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ancak vereceğiniz bilgiler bilime katkı sağlayacaktır. Sizin bu araştırmaya katılmanız tamamen şans eseri olup, vereceğiniz tüm bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir. Verileri toplama esnasında istediğiniz zaman bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilebilirsiniz.

Yukarıdaki metni araştırmadan önce okudum/okundu. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Nisa TUNÇARSLAN

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacının;

Adı Soyadı: Nisa TUNÇARSLAN

Adresi: Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı
Erzincan

Tarih:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

TUNÇARSLAN Erzincan ilinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini tamamladıktan sonra Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden 2015 yılında mezun oldu. Aynı yıl Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlayan araştırmacı, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversite Hastanesinde 2018 yılından itibaren hemşire olarak görev yapmaktadır.

Nisa TUNÇARSLAN