CERRAHİ MENOPOZDAKİ KADINLARA ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE EVDE VERİLEN EĞİTİMİN SEMPTOM KONTROLÜ DEPRESYON SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Nuran MUMCU BOĞA

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Doktora Tezi-2013

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ MENOPOZDAKİ KADINLARA ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE EVDE VERİLEN EĞİTİMİN SEMPTOM KONTROLÜ DEPRESYON SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Nuran MUMCU BOĞA

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek KILIÇ

ERZURUM
2013

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

CERRAHİ MENOPOZDAKİ KADINLARA ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE EVDE VERİLEN EĞİTİMİN MENOPOZAL SEMPTOM KONTROLÜ, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Nuran MUMCU BOĞA

Tez Savunma Tarihi : 6 Aralık 2013

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Behice ERCİ (İnönü Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞKU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL (Adnan Menderes Üniversitesi)

Onay
Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM-2013

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **IV**

ÖZET ..... **V**

ABSTRACT ..... **VI**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **VIII**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **IX**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Cerrahi Menopoz 4

2.2. Cerrahi Menopoz ve Depresyon 6

2.3. Cerrahi Menopoz ve Sosyal Destek 8

2.4. Cerrahi Menopoz ve Yaşam Kalitesi 9

2.5. Cerrahi Menopoz ve Evde Bakım 10

2.6. Roy'un Adaptasyon Modeli 13

2.7. Roy Adaptasyon Modelinin Cerrahi Menopoz Eğitiminde Kullanımı 20

2.7.1. Fizyolojik Alana Yönelik Değişiklikler 20

2.7.2. Benlik Kavramı Alanına Yönelik Değişiklikler 27

2.7.3. Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Değişiklikler 30

2.7.4. Karşılıklı Bağlılık Alanına Yönelik Değişiklikler 31

3. MATERYAL VE METOT **35**

3.1. Araştırmanın Türü 35

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 35

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 35

3.4. Verilerin Toplanması 36

3.5. Veri Toplama Araçları 36

3.5.1. Soru Formu (Ek 2) 36
3.5.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek 3) 37
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (Ek 4) 38
3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 5) 39
3.5.5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 6) 40
3.6. Hemşirelik Girişimi 41
3.7. Araştırmanın Değişkenleri 42
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 44
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri 44
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 45
4. BULGULAR 47
5. TARTIŞMA 59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 67
KAYNAKLAR 69
EKLER 84
EK-1. ÖZGEÇMİŞ 84
EK-2. SORU FORMU 85
EK-3. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 90
EK-4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ 91
EK-5. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ 93
EK-6. MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 94
EK-7. ARAŞTIRMA İZİN BELGELERİ 96
EK-8. ETİK KURUL ONAY FORMU 98
EK-9. TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI 99
EK-10. EĞİTİM KİTAPÇIĞI 100

TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez izleme komitesinde yer alan, değerli önerileri ile teze önemli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Behice ERCİ'ye (İnönü Üniversitesi, Malatya), Yrd. Doç. Dr. Rahşan Çevik Akyıl'a (Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın), tez savunma sınavıma katılarak beni onurlandıran değerli hocalarım Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya (Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun) ve Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU'na (Atatürk Üniversitesi, Erzurum), istatistiksel analizlerin yapılması ve yorumlanmasında katkı sağlayan Doç. Dr. Kamil ALAKUŞ'a (Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun), verilerin toplanması aşamasında Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelere, tez çalışmama katılan ve beni evlerinde misafir eden tüm kadınlara, çalışmalarım sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma, yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen eşim Ahmet BOĞA'ya ve aileme bu süreçte varlığıyla bana güç veren kızım Defne BOĞA'ya teşekkür ederim.

Nuran MUMCU BOĞA

ÖZET

Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Menopozal Semptom Kontrolü, Depresyon, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Bu araştırma; cerrahi menopozdaki kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma; ön test son test kontrol gruplu, yarı deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırma evrenini Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde selim nedenlerle TAH-BSO operasyonu uygulanmış, ameliyat öncesi menopozda olmayan evli kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile belirlenen olasılıksız rastlantısal olarak seçilen 55 kontrol, 55 deney grubunda olmak üzere toplam 110 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, kadınların sosyodemografik özelliklerini belirleyen soru formu, MSDÖ, MÖYKÖ, BDÖ ve ÇBASDÖ kullanılmıştır. Ön test operasyondan 1 ay sonra, son test ise operasyondan 6 ay sonra uygulanmıştır. Deney grubuna aylık düzenlenen ev ziyaretlerinde menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ve cerrahi menopoza adaptasyon formu uygulanmış, verilen eğitimde girişim materyali olarak Roy Adaptasyon Modeline göre hazırlanmış eğitim kitapçığı kullanılmıştır. İlgili form ve ölçekler araştırmacı tarafından ev ziyaretlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Bulgular: Deney grubundaki kadınların girişim sonrası bulgularına göre menopozal semptomlarının azaldığı, tüm alt boyutlarda yaşam kalitelerinin yükseldiği, depresyon puan ortalamalarının azaldığı ve sosyal destek puan ortalamalarının arttığı saptanmış ve istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubundaki kadınların son testte ön test bulgularına göre menopozal semptomlarının arttığı, tüm alt boyutlarda yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği, depresyon puan ortalamasının arttığı ve sosyal destek puan ortalamasının azaldığı saptanmış ve istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Cerrahi menopozdaki kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitimin menopozal semptomları ve depresyonu azalttığı, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesini arrttırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi menopoz, depresyon, menopozal semptom, Roy Adaptasyon Modeli, sosyal destek, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Effect of Home Education Given to Women with Surgical Menopause in Accordance with Roy's Adaptation Model on Menopausal Symptom Control, Depression, Social Support and Quality of Life

Aim: This research is conducted with the aim of determining the effect of home education given to women with surgical menopause in accordance with Roy's Adaptation Model on symptom control, depression, social support and quality of life.

Material and Method: The research is conducted via quasi-experimental design with pretest posttest control group. The target population of the study consists of married women who went through TAH-BSO operation for benign reasons and who did not experience menopause before the operation in Samsun Maternity and Children Hospital. The sample of the study includes totally 110 women, 55 in control and 55 in experimental group, which is determined via power analysis and chosen improbably and incidentally. In order to collect data, questionnaire that determines the socio-demographical characteristics of women, MRS, MSQQ, BDI, MSPSS are used. Pretest is implemented 1 month after the operation and posttest is carried out after 6 months. During the monthly visits to experimental group, MRS and the form of adaptation to surgical menopause are used and training manual that is prepared in accordance with the Roy's Adaptation Model is implemented as an initiative material. The related forms and scales are applied during home visits by the researcher through face to face meeting.

Results: According to the findings of the women in the experimental group after initiative, it has been determined that the point average of menopausal symptoms and depression decreases, social support point average increases and the quality of life increases in all sub-dimensions. This is statistically significant ($p<0.05$).

In accordance with the posttest results of the women in the control group compared to the pretest, the point average of menopausal symptoms and depression increases, social support point average decreases and the quality of life is adversely influenced in all sub-dimensions. This is statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: It is determined that the home care given to women that have gone through surgical menopause in accordance with the Roy's Adaptation Model decreases the menopausal symptoms and depression and increases the social support and quality of life.350

Key Words: Surgical menopause, depression, menopausal symptom, Roy's Adaptation Model, social support, quality of life.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BKİ : Beden Kitle İndeksi

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FSH : Folikülü Stimüle Edici Hormon

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

LH : Luteinize Edici Hormon

MÖYKÖ : Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

MSDÖ : Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

PTH : Paratiroid hormonu

TAH-BSO : Total Abdominal Histerktomi Bilateral Salphingo Ooforektomi

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No **Sayfa No**

Şekil 2.1. Roy'un Adaptasyon Modeli 19

Şekil 2.2. Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitim 34

Şekil 3.1. Araştırma Planı 46

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **.Sayfa No**

Tablo 3.1. Araştırmanın kontrol değişkenleri dağılımı 43

Tablo 3.2. Değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler 44

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı 47

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 48

Tablo 4.3. Deney Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 49

Tablo 4.4. Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 50

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması 51

Tablo 4.6. Deney Grubundaki Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 52

Tablo 4.7. Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 53

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 54

Tablo 4.9. Deney Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 54

Tablo 4.10. Kontrol Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 55

Tablo 4.11. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 55

Tablo 4.12. Deney Grubundaki Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 56

Tablo 4.13. Kontrol Grubundaki Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 56

Tablo 4.14. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki 57

1. GİRİŞ

Menopozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelmekte ve buna bağlı sıcak basması, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, uyku sorunları, depresyon, cinsel istekte azalma ve stres inkontinansı gibi semptomlar yaşanabilmektedir. Menopozal dönemde meydana gelen vazomotor değişiklikler, ruhsal, ailesel ve toplumsal sorunların yanı sıra; kadın mortalite ve morbiditesinde önemli yer tutan osteoporoz ve kardio-vasküler hastalık insidanslarında da artış görülmektedir. [1- 3]

Doğal menopozda görülenin aksine cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda bu süreç daha hızlı ve şiddetli gerçekleşmektedir. Doğal menopozdan önce yapılan overlerin çıkarılması (ooferektomi) hormonal dinamikleri etkiler. 5-10 yılda ilerleyici olarak oluşacak geçiş yerine, vücut overyan östrojen, progesteron ve androjenlerin akut eksikliğiyle karşılaşır, folikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH) değerleri postmenopozal düzeylere yaklaşık bir ay sonra ulaşır.[4- 9] Bu nedenle çoğu zaman; cerrahi menopoz, kadının bedenini ve beynini ciddi bir şekilde etkilemekte, kadının fiziksel ve emosyonel dengesini ve beden imajını bozabilmektedir. Çünkü kadınların çoğu, bedenlerinde menopoza ilişkin ne gibi değişiklikler olacağını, bunlara karşı nasıl önlemler alabileceklerini ve değişikliklerin normal olup olmadığını bilmemektedirler. [10, 11]

Ailesi ve içinde bulunduğu sosyal çevresi ile ilgili değişiklikler menopozu, kadın için pek çok uyum sorununa yol açan bir kriz haline getirebilmektedir. Menopozal dönemde sosyal desteğin iyi olmasının psikolojik açıdan olumlu bir etken olduğu, aksine sosyal desteği yetersiz olanlarda psikiyatrik belirti sıklığının arttığı belirtilmektedir. [12, 13]

Yapılan araştırmalarda[14- 16] kadınların, menopoz konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, eğitime ihtiyaç duydukları, bu dönemin sorunlarını yaşarken çevrelerinden destek görmedikleri, ciddi anlamda ruhsal ve bedensel sorunlar yaşadıkları, bu sorunların belirlenmesinde ve çözümünde eğitim uygulamalarının yararlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmalarda; histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlığın bilgi açıklığını giderilerek yaşam kalitesini artırdığı açıklanmaktadır.

Kadın hayatının büyük bir kısmını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için sağlık eğitimi büyük önem kazanmaktadır. [17- 19]

Evde bakım ekibi üyeleri arasında yer alan hemşirenin görevleri arasında sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik aile üyeleri ve hastaya eğitim ve danışmanlık yer almaktadır.[20,21] Hemşireler kısa vadede, kadının menopozal sorunu açıklama, tanılama ve çözümünde yardımcı olma ya da var olan durumla yaşamayı öğrenmesine yardım eder. Uzun vade de ise öz bakım gücü ve olumlu sağlık davranışlarını geliştirmesine yardım ederek, menopozal döneme uyumuna ve yaşlılık döneminde daha az sağlık sorunuyla mutlu yaşamasına katkıda bulunur. [2, 11, 15, 22]

Hemşireler bilimsel bilgileri bütünlük içerisinde kullanarak, kişinin hayatta kalmasına, büyümesine, gelişmesine ve yönlendirilmesine yardım ederek adaptasyonunu sağlamayı hedeflemektedirler. [23, 24]

Modeller bu hedeflere ulaşmada verilerin toplanması, tanıların oluşturulması, girişimlerin planlanması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamalarında hemşirelere rehberlik ederler. Sister Calista Roy tarafından tanımlanan adaptasyon modeli bireylerin, ailelerin ve grupların adaptasyon ihtiyaçlarını belirlemede çatı oluşturmaktadır. [23, 24]

Roy'a göre hemşirenin amacı, sağlık ve hastalık sürecinde bireyin uyumlu davranış gösterebilmesine yardım etmektir. Hemşirelik aktiviteleri bireyin çevresi ile etkileşimini güçlendirmek, uyumunu arttırmak amacıyla planlanır. Hemşirelik aktivitelerinin temel hedefi uyaranlarla mücadele edebilmesi için bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek olmalıdır. Birey uyaranlarla baş edebilirse uyum düzeyi artar ve davranışları uyumsuz yanıttan uyumlu yanıta dönüşebilir. [23, 24]

Literatürde Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak farklı alanlarda yapılmış birçok çalışmada modelin kişilerin yaşamında olan değişikliklere adaptasyonunu kolaylaştırdığı saptanmıştır. [25- 38] Ülkemizde Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak yapılmış çalışmalar mevcuttur. [39- 43] Fakat cerrahi menopoza giren kadınlar ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırma; cerrahi menopozdaki kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitimin menopozal semptom kontrolü, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitim

H1: Cerrahi menopozdaki kadınların semptomlarında azalma sağlar.

H2: Cerrahi menopozdaki kadınların yaşam kalitesini yükseltir.

H3: Cerrahi menopozdaki kadınların depresyon düzeyinde azalma sağlar.

H4: Cerrahi menopozdaki kadınların sosyal destek düzeyinde artış sağlar.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Menopoz

Yunanca "men" (ay) ve "paus" (sonlanma) sözcüklerinden köken alan menopoz, kelime anlamı olarak adet kanamasının kalıcı olarak kesilmesidir. Menopoz, kadınların doğal ve normal yaşam evrelerinden biridir.[44] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre Menopoz, "ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması"dır. [45]

Dünyada, menopoz yaşı yaklaşık 45-55 yaşları arasında değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde daha geç yaşlarda görülürken, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda görülmektedir. [3, 46- 48] Ülkemizde yapılan çeşitli araştırma sonuçlarına göre, ortalama menopoz yaşı 45-47 olarak saptanmıştır. [49] 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ülkemizde 48-49 yaş grubu kadınların %42'sinin, menopoza girdiğini göstermektedir. [50]

Ülkemizde ve Dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi gittikçe uzamaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresinin 2013 yılında kadınlar için 79.2, erkekler için 74.7 yıl olması tahmin edilmektedir. Düzenli olarak artan doğuşta beklenen yaşam süresinin 2023 yılında, kadınlar için 80.2 erkekler için ise 75.8 yıl olacağı öngörülmektedir. 79 yıl yaşayacağı ön görülen bir kadın, ömrünün 1/3'lük dilimini menopozal dönemde geçirecektir. [50, 51]

Kadınların kendilerini bu sürece hazırlayabildiği menopozal geçiş yıllarını da kapsayan doğal menopoz, patolojik bir olay değildir. Doğal menopozdan önce her iki overin, histeroktomi ameliyatıyla birlikte ya da sadece bilateral salphingo ooforektomi (BSO) ile çıkarılması sonucu oluşan menopoz, cerrahi menopoz olarak tanımlanmaktadır. Kadının yaşamını tehdit eden ağır kanamalar, endometriozis, uterus rüptürü, myomlar, ciddi pelvik enfeksiyonlar, pelvik relaksasyon ile birlikte görülen

uterus prolapsusu, uterus, serviks ve adnekslerdeki malign büyüme gibi jinekolojik problemlerden dolayı yapılmaktadır. [2, 52, 53,]

Gelişmiş ülkelerde tüm yaş grubundaki kadınlarda histerektomi hızının binde 6.1-8.6 arasında ve bütün histerektomilerin %75'inin 20-49 yaş grubundaki kadınlara uygulandığı belirlenmiştir. ABD'de, sezaryen doğumdan sonra, ikinci en sık uygulanan majör cerrahi operasyondur. [53- 55] Ülkemizde 20–49 yaş grubunda histerektomi ameliyatının ne sıklıkta yapıldığını gösteren güvenilir istatistiksel veriler bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı istatistik birimi ve Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, ameliyat sayıları ve Türkiye nüfusunun her geçen yıl arttığı göz önünde bulundurulduğunda, histerektomi sayısının da arttığı düşünülmektedir. [56-59]

Menopozda östrojen eksikliğine bağlı olarak fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelmekte ve buna bağlı sıcak basması, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, uyku sorunları, depresyon, cinsel istekte azalma, stres inkontinansı gibi semptomlar yaşanabilmektedir. Menopozal dönemde meydana gelen vazomotor değişiklikler, ruhsal, ailesel ve toplumsal sorunların yanı sıra; kadın mortalite ve morbiditesinde önemli yer tutan osteoporoz ve kardio-vasküler hastalık insidanslarında da artış görülmektedir. [49, 53, 60]

Doğal menopozda görülenin aksine cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda bu süreç daha hızlı ve şiddetli gerçekleşmektedir. Doğal menopozdan önce yapılan ooferektomi hormonal dinamikleri dramatik olarak etkiler. 5-10 yılda progresif olarak oluşacak geçiş yerine, vücut overyan östrojen, progesteron ve androjenlerin akut eksikliğiyle karşılaşır, serum FSH ve LH değerleri postmenopozal düzeylere yaklaşık bir ay sonra ulaşır.[4- 9] Bu nedenle çoğu zaman; cerrahi menopoz, kadının bedenini ve beynini dramatik şekilde etkilemekte, kadının fiziksel ve emosyonel dengesini ve beden imajını bozabilmektedir. Çünkü kadınların çoğu, bedenlerinde menopoza ilişkin ne gibi

değişiklikler olacağını, bunlara karşı nasıl önlemler alabileceklerini ve değişikliklerin normal olup olmadığını bilmemektedirler. [10, 11]

Yapılan araştırmalarda kadınların, menopoz konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, tedavi olmaya ve eğitim almaya gereksinimleri olduğu, bu dönemin sorunlarını yaşarken çevrelerinden destek görmedikleri, ciddi anlamda ruhsal ve bedensel sağlık sorunları yaşadıkları ve bu sorunların belirlenmesinde ve çözümünde yetişkin eğitimi plan ve uygulamalarının yararlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetiyle bilgi açıklığı giderilerek yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur. [14- 16]

Kadınlar menopozal dönemde alacağı eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile menopoz ile ilgili, fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikleri anlayabilir, açıklayabilir ve kendi sağlığı ile ilgili kararlara bilinçli bir şekilde katılabilir. Bu eğitim ve danışmanlık hizmetini kadına sunabilecek sağlık üyesi olan hemşireler kısa vadede, kadının menopozal sorunu açıklama, tanılama ve çözümünde yardımcı olma ya da var olan durumla yaşamayı öğrenmesine yardım eder. Uzun vade de ise öz –bakım gücü ve olumlu sağlık davranışlarını geliştirmesine yardım ederek, menopozal döneme uyumuna ve yaşlılık döneminde daha az sağlık sorunuyla mutlu yaşamasına katkıda bulunur. [11,22,61]

2.2. Cerrahi Menopoz ve Depresyon

Menopoz döneminde vazomotor belirtilerden ruhsal belirtilere, cinsel işlev değişikliklerinden osteoporoza kadar farklı vücut sistemleriyle ilişkili belirtiler ortaya çıkabilir. [55, 62-64] Üreme ve yaşlanmaya ilişkin tutumlar kadar, menstruasyon kanamasıyla ilgili inanışlar da menopozun fiziksel ve ruhsal yönden bir düşüş dönemi gibi değerlendirilmesinde etkili olmuştur. Menopoz ve duygudurum arasındaki

biyolojik ilişki, östrojen düzeylerindeki azalmanın duygudurumu olumsuz etkilediği varsayımına dayanır. [65, 66]

Paoletti ve arkadaşları menopoz sonrası dönemde ruhsal belirtilerin daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Menopozda ortaya çıkan depresyonun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Daha önce depresyon geçirmiş olma, sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları ve menopoza ilişkin olumsuz inanışlar söz konusu etmenlerin başlıcalarıdır. [67]

Toplumsal değerler de ruhsal belirtilerde etkili olabilmektedir. Örneğin, geleneksel toplumlarda ilerleyen yaşla birlikte kadının statüsü güçlü bir duruma gelirken sanayileşmiş toplumlarda gençliğe ve güzelliğe verilen önem menopoz dönemini kadın için daha zor hale getirebilmektedir. [65, 66]

Orta yaş ve sonrasındaki dönemde bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürmelerine ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik girişimlerin önem kazanması menopoz döneminin biyolojik, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla ayrı bir ilgi odağı olmasında etkili olmuştur. Menopoz sonrası dönemde birden fazla psikososyal risk etmeniyle karşılaşılabilir. Emeklilik, çocukların büyüyerek bağımsızlıklarını kazanmaları gibi sosyal rol değişikliğine ve kayıplara yol açan durumlar ortaya çıkabilir. Menopoz sonrasında depresif belirti şiddetini etkileyen bir diğer etmen, eğitim düzeyinin düşük olmasıdır. [68]

Cerrahi yoldan menopoza giren kadınlarda, beden sağlığının yitiminin yanısıra beklenmedik zamanda işlev kaybına uğranması nedeniyle depresyon riskinin arttığı yönünde bulgular vardır. [69- 71]

Kinnick ve Leners'ın histerektomili kadınlarla yaptıkları araştırmada; diğer operasyonlar ile karşılaştırıldığında histerektominin daha çok stres ve depresyona sebep olduğunu, ameliyat öncesi yaşadıkları yoğun problemlerden ameliyat sonrası kurtulmayı

beklediklerini ve ne olacağını bilememe kaygısıyla bilgi arama ihtiyacı içinde olduklarını belirtmektedirler. [72]

Çıkar'ın yaptığı çalışmada; menopoz döneminde kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinde görülen yükselişin yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu saptanmıştır. [70] Topçuoğlu ve Koç'un yaptığı çalışmada menopoza giren, hormon kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında anksiyete ve depresyon gelişimi açısından fark bulunmadığı saptanmıştır. [61]

Cerrahi menopozda anksiyete, depresyon gibi psikolojik belirtilerin daha sık yaşandığı ve cinsel yaşamı olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. [73]

2.3. Cerrahi Menopoz ve Sosyal Destek

Sosyal destek genel olarak aile üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları, akrabalar ve komşular gibi önemli kişiler tarafından bireye yapılan yardımcı işlevler şeklinde tanımlanmaktadır. [74] Sosyal desteği formal ve informal ilişkiler yoluyla alınan teselli, yardım veya bilgi olarak tanımlamakta ve çok boyutlu bir yapı olarak görmektedir. Destek birçok kaynaktan alınabilir. Bu kaynaklar genelde informal ve formal olarak ikiye ayrılmaktadır. Aile ve arkadaşlar informal destek kaynağıyken danışmanlar, öğretmenler, din adamları gibi sosyal hizmetlerde çalışan kişiler ise formal destek kaynaklarıdır. Önemli kişiler tarafından duygusal destek, görevi yerine getirmeyle ilgili yardım ve başa çıkmayı kolaylaştırmak için rehberlik ve materyal destek şeklinde sağlanmaktadır. [75]

Temel sosyal ihtiyaçlar bilindiği gibi sevgi, saygı ya da kabul görme, ait olma, kimlik ve güvenliği kapsamaktadır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek bu ihtiyaçların karşılanması amacıyla girişilen karşılıklı etkileşimlerdir. Sosyal destek ile ilgili çoğu tanım duygu, onaylama ve yardım temel öğelerinden bir ya da daha fazlasını içine alan etkileşimler olarak alınmaktadır. [76]

Cerrahi menopoz vücut bütünlüğünün bozulması, doğurganlık yeteneğinin kaybı gibi fiziksel ve biyolojik etkilere neden olurken; diğer yandan insanların sevgisini kaybetme, kadınlık özelliklerinin kaybı gibi psikoseksüel ve sosyal sorunlara da neden olabileceği saptanmıştır. [77] Ailesi ve içinde bulunduğu sosyal çevresi ile ilgili değişiklikler menopozu, kadın için pek çok uyum sorununa yol açan bir kriz haline getirebilmektedir. Menopozal dönemde sosyal desteğin iyi olmasının psikiyatrik morbidite geliştirmeme konusunda olumlu bir etken olduğu, aksine sosyal desteği yetersiz olanlarda belirti sıklığının arttığı tanımlanmaktadır. [12, 13, 78]

2.4. Cerrahi Menopoz ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. [17,18] Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavram olan yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olarak da kullanılmaktadır. Kadın hayatının büyük bir kısmını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık eğitimi büyük bir önem kazanmaktadır. [18]

Menopozal dönemde yaşanan sorunlar, kadının yaşam kalitesini düşürmekte ve verimliliğini, işgücünü, özgüvenini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bugüne kadar yapılan araştırmalar incelendiğinde kadınların menopoza karşı olumsuz tutumlarının sebepleri evlilik ilişkisinde bozulma, kadınlık çekiciliğinin kaybı, vücut duruşundaki kayıp, cinsel yaşamın sonu olarak görülmesi ve fiziksel güç kaybı olarak düşünülmektedir. [22, 70, 77, 79]

Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır. Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilmektedir. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ipuçları verebileceğinden, ayrıca hemşirelik bakımına ve gereksinimlerine yönelik fikir oluşturabileceğinden son derecede önemlidir. [14- 16, 19, 70]

Cerrahi menopozla ilişkili semptomların nedenlerinin ortadan kaldırılması ve deneyimlenen semptomların uygun girişimlerle tedavi edilmesi kadınların yaşam kalitesini yükseltecek, semptomların kontrolü ile ailenin operasyon öncesi gerçekleştirdiği eylemlere dönüşünü ve/veya yeni eylemlere karşı istekliliğini arttıracaktır. Böylece, kadın ve ailesinin hastalığa uyumu artarak yaşam kalitesi yükselebilecektir. [14- 16, 19, 70, 80]

Hemşirenin eğitim ve danışmanlık rolünü de kapsayan yaklaşımları bireylerin psikolojik ve sosyal problemlerini tanımalarını ve bunlarla baş etmelerini kolaylaştırmaktadır. Cerrahi menopoz semptom kontrolüne yönelik olarak yapılan eğitimler kadınların rahatlatılması ve güveninin kazanılmasını sağlar. Böylece planlı bir eğitimle hastaların yan etkilerin kontrolüne yönelik olarak bakımda kendi sorumluluklarını alabilmeleri, yaşam kalitelerinin yükselerek, hastalığa ve tedaviye uyumlarının artırılması sağlanabilir. [13, 81]

2.5. Cerrahi Menopoz ve Evde Bakım

Evde bakım kavramı "engelleri en aza indirmek, bağımsız işlev görmeyi üst düzeye çıkarmak için kendi yaşadıkları yerde bireylerin gereksinmelerine uygun bakım vermek" olarak tanımlanır. [82, 83]

Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi incelendiğinde, hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde yürütüldüğü görülmektedir. Eğitimli hemşirelerin evlerde hasta bakımı sunmaları ve ailelere bakım konusunda eğitim vermeleri, bu sorumlulukla bunalan aileleri rahatlatmıştır. [84]

1900'lü yılların başında, endüstrileşmeye bağlı hızlı göçün getirdiği sağlıksız yaşam koşulları ve enfeksiyon hastalıkları, hemşirelerin evlere düzenledikleri ziyaretlerin nedenini oluşturmuştur. Toplumun çoğunluğu hızlı şehirleşmenin getirdiği tehlike ve sorunların çözümü için hemşirelere yönelmiştir.[85]

1960'lardan önce evde sağlık bakımı bir toplum hizmeti olarak görülmüştür. Toplum sağlığı ve evde bakım hemşireliğinin odaklandığı alan; sağlığın geliştirilmesi, düzeltilmesi ya da rahat bir ölümün sağlanması olmuştur. [83]

Evde bakım bu uzun geçmişine karşın, yeni bir tedavi olarak düşünülür, ancak hastane tedavisine ya da ilaç tedavisine bir karşılık değildir. Daha çok bu tedavileri destekleyici, hastanın bağımsız işlev görmesini artırıcı, sağlık hizmetlerinin insancıl yönünü güçlendirici, sürekli ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdir. [82]

Sağlık hizmetlerinin yalnızca sağlık kurumlarında verilmesi, hastaların tüm yaşamları göz önüne alındığında yeterli olmamaktadır. Aile, toplumsal ve mesleksel yaşamlarının daha sağlıklı olması; yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastaneye yatışların azaltılması, iletişim ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi için sağlık kurumları dışında da hasta ve ailesinin ele alınması gerekmektedir. [82,86] Bakımının sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan evde bakım kavramı; olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden bir sağlık bakım sistemini ifade etmektedir. Evde bakım ekibi üyeleri arasında yer alan hemşirenin

işlevleri arasında ise sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik aile üyeleri ve hastaya eğitim ve danışmanlık yer almaktadır. [82, 83]

Günümüzde sağlık bakım sistemi giderek topluma dayalı duruma gelmektedir. Artık istenen şey, salt belirtilerin giderilmesi değil, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve üretkenliğini yeniden kazanarak sürdürmesidir. Bunları gerçekleştirmek için kurum bakımı/ tedavisi yeterli olmamaktadır.[86] Bir kişinin yaşadığı çevre kişinin kültürü, değerleri, işlev düzeyi, kaynakları ve gereksinmeleri hakkında önemli bilgiler verir. Hastanın değerlendirilmesinin ve bütüncül yaklaşım girişimlerinin birçok yönü eve ulaşmayla kolaylaşır. Ev ziyareti sırasında uyumsal yeteneğin ya da işlev bozukluğunun kanıtları gözleneceğinden, evde değerlendirme ve ayırıcı tanı daha kolay ve sağlıklı yapılır. Bu durum doğru ve uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması olasılığını artırır. [87,88]

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1986 yılında evde bakım hizmetlerinin organizasyonu, teori, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme, bakımın sürekliliği, disiplinler arası işbirliği, profesyonel gelişim, araştırma ve etik konularını içeren Evde Bakım Hemşireliği Uygulama Standartları'nı yayınlamıştır. Evde bakım hemşiresi; hasta ailesi ve birinci derecede bakım veren kişilerle işbirliği içerisinde hasta bireyin bakımı üzerine odaklanır. [84]

Evde bakım hizmetlerinde, hastaların gereksinimleri doğrultusunda hastalığa yönelik izlemler yapılır ve ziyaretler planlanır. Çeşitli araştırmalar menopoz sürecinde kadınların evde desteğe gereksinimleri olduğunu vurgulamaktadır. Kadın ya da ailelerin evde semptom kontrolü, beslenme düzeni gibi bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Sağlık bakım ekibi üyelerinin, semptomları zamanında ve sistematik olarak değerlendirmeleri, uygun girişimleri planlayıp, uygulamaları kadınların ve ailelerinin kaliteli bir yaşam sürdürebilmelerine olanak sağlar. Kadınların kendilerini iyi

hissetmelerini sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerini desteklemek sağlık bakımında çok önemlidir. Doyum veren bir yaşam için, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bireye; önerilen tedaviye uyumun artırılmasına yönelik, sağlıkla ilgili yeteneklerini sonuna kadar kullanmasını sağlayacak davranış ve becerilerin kazandırılması gerekmektedir. [10, 49, 85]

Evde bakımda hemşirenin rolü; eğitim, danışmanlık, rehberlik, sağlığı değerlendirme, tıbbi bakımı kolaylaştırma, teknik bakımdaki becerileri uygulama ve duygusal destek sağlamayı içermektedir. [82, 86]

Evde bakım programına alınarak düzenli ev ziyaretleri yapılan yetişkin hasta ve ailelerinin semptomlarla baş etmede daha başarılı oldukları, daha az kaygı ve depresyon yaşadıkları, yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır.[1]

2.6. Roy'un Adaptasyon Modeli

Sister Calista Roy tarafından tanımlanan hemşirelik uyum modeli 1970 yılında uygulamaya konulmuştur. Model son olarak 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturulacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır. [23, 24]

Roy'un Adaptasyon Modeli; bireylerin, ailelerin ve grupların uyum ihtiyaçlarını belirlemede çatı oluşturmaktadır. Bu model, "Sistem" ve "*Adaptasyon"* kavramları üzerine temellendirilmiştir. Roy; bireyi, dört adaptif biçimle ilgili olarak adaptasyonu sürdürmede rol oynayan kognatör ve regülatör başa çıkma mekanizmalarına sahip, adaptif bir sistem olarak tanımlar. İç ve dış çevreden gelen uyaranlar sıra ile fizyolojik, ben kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı dayanışma (birbirine bağlanma) biçimleriyle ilgili davranışsal cevapları meydana getiren regülatör ve kognatör başa çıkma mekanizmalarını aktive ederler. Kognator başa çıkma mekanizmaları kavramsal-

duygusal kanallar vasıtası ile cevap verirken, regulator başa çıkma mekanizmaları otomatik olarak nöral, kimyasal ve endokrin aktivite vasıtasıyla cevap verir. [23, 24]

Bireyin cevabı uyaran ve adaptasyon düzeyi sonucu oluşur. Bunun sonucunda birey bütünlüğünü devam ettiren adaptif davranış ya da etkisiz, olumsuz davranış gösterir. İnsan sürekli olarak adaptasyonu gerçekleştiriyorsa sonuç sağlık, başa çıkma mekanizması yetersiz ise sonuç hastalıktır. Sağlık, çevresel uyaranlara adaptasyonu gösteren kişisel başarının yansımasıdır. Sağlıklı kişi potansiyelini en üst düzeyde kullanabilendir. [23, 24]

Sağlık ve hastalık kişinin tüm yaşamının kaçınılmaz bir boyutudur ve bu durum hemşireliğin kaygısıdır. Hemşirelik bilimi, kişinin sağlık durumlarının olumlu biçimde etkileyen süreçleri devamlı gözleyen, bunları sınıflandıran ve aralarında bağlantı kuran gelişmiş bir bilgi sistemidir. Hemşirelik, insana temel hizmetleri sağlamak amacı ile bilimsel bilgilerin bütünlük içinde kullanılmasıdır. Hemşireliğin hedefi ise kişinin hayatta kalmasına, büyümesine, gelişmesine ve yönlendirilmesine yardım ederek adaptasyonunu sağlamaktır. [23, 24]

Uyaranlar

Roy, Helson'un çalışmalarını temel alarak uyaranları fokal, kontekstüel ve rezidüel olmak üzere üçe ayırmıştır. [23, 24]

1. Fokal uyaran; kişinin hemen karşı koyduğu internal ve eksternal uyaranlardır. Kişinin dikkatini çeken nesne ya da olaylardır.

2. Kontekstüel uyaranlar; fokal uyaranın etkisine katkıda bulunan tüm diğer uyaranlardır. Kişinin içinden gelen ya da gelmeyen fakat kişinin dikkat ve enerji merkezi olmayan tüm çevresel faktörlerdir.

3. Rezidüel uyaranlar; davranışı etkileyebilen fakat etkileri dikkate alınmayan faktörlerdir. Kişi bu faktörlerin farkında olmayabilir ya da faktörün gözlenebilir bir

etkiye sahip olduğu belli olmayabilir. Rezidüel uyaranlar şimdiki durumda kişi üzerinde anlaşılır etkileri olan ya da olmayan çevresel faktörlerdir. Bunlar inançlar, davranışlar kişisel deneyimlerdir. Geçmişten kaynaklanırlar, tedaviyi ve cevabı etkilerler.

Cevaplar

Cevaplar davranış olarak adlandırılır. Davranış, internal ya da eksternal olabilir. Eğer kişi, gürültünün geldiği yöne doğru yürüyorsa bu eksternal bir cevaptır. Aynı zamanda kişinin kalp hızında bir artma oluyorsa bu internal bir cevaptır. Cevaplar adaptif bir sistem olarak kişinin davranışlarıdır. Adaptif cevaplar adaptasyon amaçlarına karşın kişinin bütünlüğünün gelişmesine yardımcı olur. Bir kişi çevreden gelen uyaranlara aktif olarak cevap veriyorsa baş etme mekanizmaları ve kontrol süreci tarafından yönlendirilmektedir. Bu savunma mekanizmaları doğuştan ve sonradan kazanılan başa çıkma mekanizmalarıdır. [23, 24]

Regülâtör alt sistemde birey uyaranlara; nöral, endokrin, kimyasal başa çıkma mekanizmalarıyla otomatik olarak cevap verir. Bilgi, uygun bir tarzda otomatik olarak yöneltilir ve otomatik, bilinçsiz cevap meydana gelir. [23, 24]

Kognatör alt sistemde ise algısal bilgi süreci, öğrenme, karar verme ve duygusallık gibi dört kavramsal-duygusal kanallar yoluyla cevap üreten savunma mekanizmalarıdır. Algısal bilgi süreci dikkat çekici kodlama aktiviteleri ve anıyı içerir. Psikolojik, sosyal, fiziksel ve fizyolojik faktörleri içeren internal ve eksternal uyaranlar kognatör alt sistemde girdiler olarak etki yapar. [23, 24]

Adaptasyon Düzeyi

Adaptasyon düzeyi, kişinin herhangi bir durumda olumlu olarak cevap verme yeteneğini gösteren değişme noktasıdır. Kişinin adaptasyon düzeyi sürekli olarak değişir. Olumlu olarak cevap verme yeteneği, üç uyaran tipine ve onların o anda kişi üzerindeki etkisine bağlıdır. Adaptasyon düzeyi bireyin alışılmış adaptif tepkilerini

içeren ve değişen durumlara uyum sağlamadaki kendi standartlarını gösteren bir durumdur. [23, 24]

Hemşireler, değişen durumlarla başa çıkma mekanizmalarına sahip kişilerle çalışırlar. Bu yüzden kişilerin adaptasyon düzeylerini bilmeleri gerekir.

Uygulama

Modelin amacı; sağlık ve hastalık durumlarında dört adaptif biçim ile bireyin adaptasyonunun sağlanmasıdır. Bunlar; Fiziksel Fonksiyonlar, Benlik Kavramı, Rol Fonksiyonu, Karşılıklı Dayanışmadır. [23, 24]

Fiziksel Fonksiyonlar: Bireyin fiziksel sağlığını ifade eder. Fizyolojik model bireyin fiziksel bütünlüğünün yönetimini içerir. Fiziksel bütünlüğün sürdürülmesi için bilinmesi gereken 8 temel fizyolojik gereksinim belirlenmiştir; Yeterli Oksijen Sağlanması, Yeterli Beslenme, Boşaltım, Dinlenme ve Aktiviteleri, Korunma, Duyular, Nörolojik Fonksiyon, Endokrin Fonksiyondur. [23, 24]

Benlik Kavramı: Roy bireyin psikolojik bütünlüğünü bir iç gereksinim olarak tanımlar. Benlik kavramı, fiziksel benlik ve kişisel benlik olarak iki bölüme ayrılır. Fiziksel benlik, kişinin kendi duyguları, algıları, görünüşü ve beden imajına ilişkin görüşlerini inceler. Kişisel benlik ise kişinin değerleri, inanç sistemi ve ahlaki durumu ile ilgilidir. [23, 24]

Rol Fonksiyonu: Bireyin toplumdaki pozisyonuna bağlı bireysel rollerini yerine getirebilme durumunu ifade eder. Her bireyin toplumda birden fazla rolü vardır. Sosyal bütünlüğünü sürdürmek için bireyin çevresinde diğer kişilerin olması, onlarla ilişkide bulunması gerekir. Bunlarda eksiklik olduğunda rol fonksiyonuna ilişkin uyum sistemleri aktive olur. [23, 24]

Karşılıklı Dayanışma: Bireyin sosyal rollerini ve sosyal bütünlüğünü ifade eder. Karşılıklı dayanışma başkalarına bağımlılık ile bağımsızlık arasındaki dengedir.

Bağımlılık, bakım ve destek için başkalarına ihtiyaç duyma; bağımsızlık ise kendi kendine karar verebilme yeteneği olarak açıklanmaktadır.

Roy'a göre sağlık, bireyin değişikliklere sürekli olarak uyumu, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirmesidir. Bireyin sağlığını sürdürmesi, uyaranlara pozitif uyum yapmak için yeterli enerji ve kabiliyete sahip olmasına bağlıdır. Hastalık, uyaranların bireysel uyum alanının dışında kalması, enerjisinin yetersiz olması ya da uyaranın çok büyük olması ile ilgilidir.

Roy'un Modelindeki Belli Başlı Varsayımlar

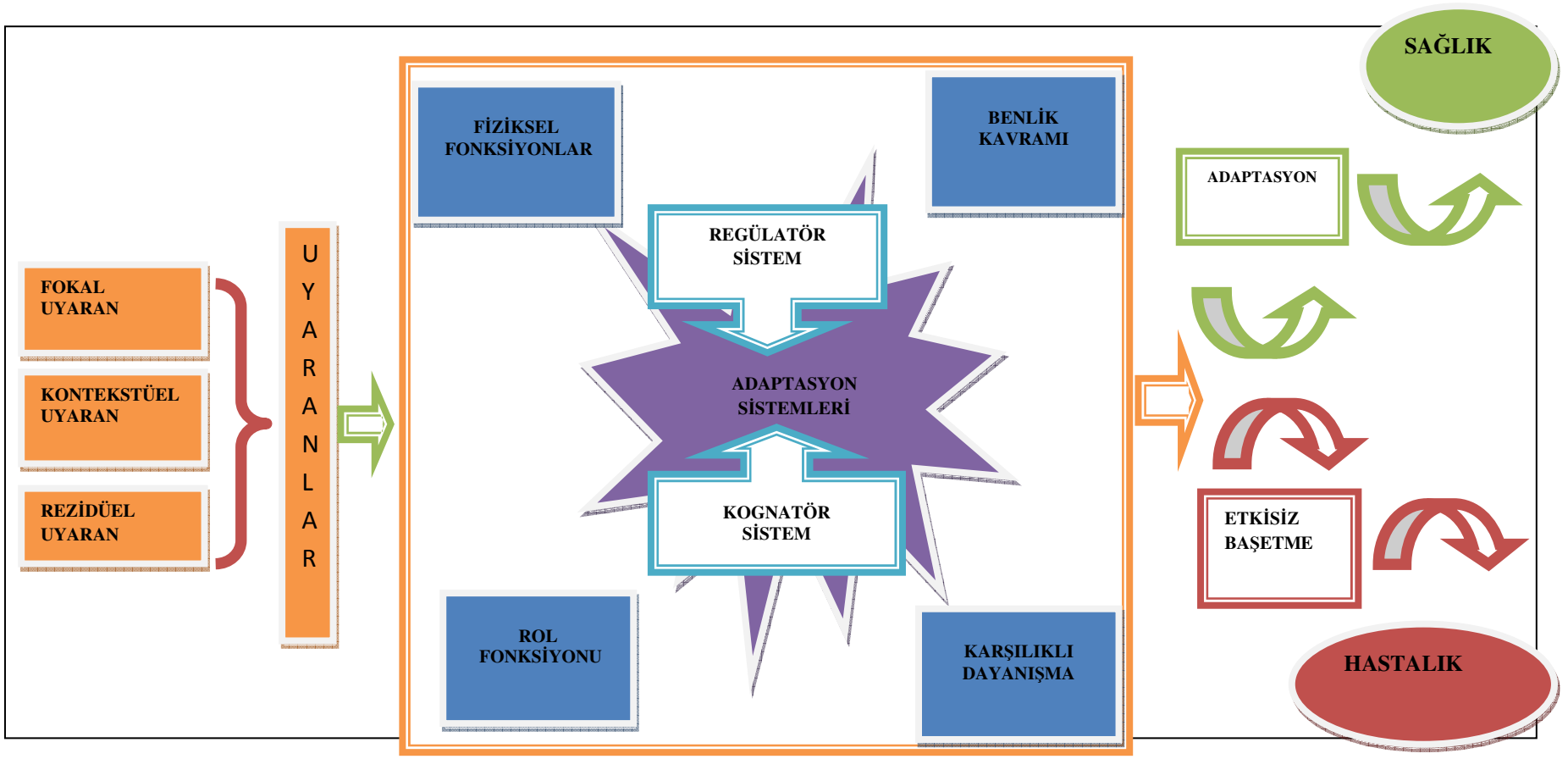
Roy'un adaptasyon modelindeki varsayımlar kısaca şu şekilde özetlenebilir:

- İnsan biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle bir bütündür ve değişen çevre ile sürekli etkileşim halindedir.
- Dengeyi devam ettirmek için, doğuştan ve sonradan kazanılan mekanizmalar kullanılarak çevresel değişikliğe uyum sağlanmaya çalışılır.
- Uyaranları cevaplama kapasitesi, bilinen bireysel adaptasyon alanı ile ilişkilidir.
- İnsanlar bütünlük sağlamak için temel ihtiyaçlarını karşılamaya çabalarlar.
- Bireylerin sağlıklı kalması pozitif uyum sağlamasına bağlıdır. Uyaranlar çok fazla olduğunda ya da yetersiz enerji olduğunda, bireyin adaptasyon alanı cevap vermediği zaman hastalık meydana gelir. [23, 24]

Roy'a göre hemşirenin amacı, sağlık ve hastalık sürecinde bireyin uyumlu davranış gösterebilmesine yardım etmektir. Hemşirelik aktiviteleri bireyin çevresi ile etkileşimini güçlendirmek ve uyumunu arttırmak amacıyla planlanır. Bu nedenle öncelikle hemşire; bireyin davranışlarını, bu davranışlara sebep olan ve uyumu etkileyen uyaranları değerlendirir. Sonra uyaranlar üzerinde etkili olabilecek

müdahaleleri planlar, uygular ve son olarak müdahalelerin etkinliğini bireyin davranışlarıyla değerlendirir.

Hemşirelik aktivitelerinin temel hedefi, uyaranlarla mücadele edebilmesi için bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek olmalıdır. Birey uyaranlarla baş edebilirse uyum düzeyi artar ve davranışları uyumsuz yanıttan uyumlu yanıta dönüşebilir(Şekil2.1).



Şekil 2.1. Roy'un Adaptasyon Modeli

2.7. Roy Adaptasyon Modelinin Cerrahi Menopoz Eğitiminde Kullanımı

Kadın hayatının büyük bir kısmını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık eğitimi büyük bir önem kazanmaktadır. [15, 18, 61, 70] Bu eğitim ve danışmanlık hizmetini kadına sunabilecek sağlık üyesi olan hemşireler:

- ✓ Kadının menopozal sorunları tanımasına ve çözümlemesine yardımcı olur.
- ✓ Bu durumla yaşamayı öğrenmesine yardım eder.
- ✓ Olumlu sağlık davranışlarını geliştirmesine yardım eder.
- ✓ Menopozal döneme uyumuna ve yaşlılık döneminde daha az sağlık sorunuyla mutlu yaşamasına katkıda bulunur. [11, 88- 90]

Modeller bu hedeflere ulaşmada verilerin toplanması, tanıların oluşturulması, girişimlerin planlanması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamalarında hemşirelere rehberlik ederler. Roy tarafından tanımlanan adaptasyon modeli bireylerin, ailelerin ve grupların adaptasyon ihtiyaçlarını belirlemede çatı oluşturmaktadır. [23, 24]

2.7.1. Fizyolojik Alana Yönelik Değişiklikler

a) Sıcak Basması ve Gece Terlemesi

Dilimizde sıcak basması olarak adlandırılmış olan belirtiler, ciltte ısı artışı ve damar genişlemesi ile başlayan bir süreçtir. Sıcak basması ve gece terlemesi menopozun en fazla görülen ana belirtileridir ve doğal menopozda %40–70, cerrahi menopozda %75–90 oranında görülmektedir. Toplumdan topluma hatta kadından kadına çok büyük farklılıklar göstermekle beraber menopozal yakınmalar arasında, en sık rastlanılan ve rahatsız eden semptomdur. [22, 53]

Sıcak basması ve terleme kadınların çoğu (%75-85) tarafından yaşam kalitelerini azaltan olaylar olarak ifade edilmektedir.[22, 91]

Sıcak basması; vücut sıcaklığında ve nabız sayısında artma ile beraber ellerde kan akımının hızlanmasını takiben sıcaklığın düşmesi ve terleme ile sonuçlanır. Cilt ısısı ortalama olarak 0,1 ile 0,7 derece, kalp atımı ise 4-35 atım artmaktadır. Ortalama 2,7 dakika sürmekle birlikte, 1 ile 6 dakika arasında devam edebilmektedir. [22, 52, 92]

Sıcak basmasının sebep olduğu damar genişlemesi nedeni ile cilt sıcak hissedilmekte ve kırmızımsı görülmektedir. Terleme ve ısıya bağlı kızarıklıklar genelde önemsizdir. Ancak bazı kadınlarda terleme elbiseleri sırılsıklam bırakacak boyutta şiddetli olabilmektedir. [22, 52]

Potansiyel risk taşımayan bu belirtiler, herhangi bir psikolojik esasa da dayandırılamamaktadır. Sıcak basması ve terleme kadınların iş ve sosyal hayatlarını etkilemekte ve kadınların hayatına getirdiği güçlükler, zorluklar ve sıkıntılar nedeniyle incelenmektedir. Bazı vücut bölümlerinde duyulan ani sıcaklık hissi veya şiddetli ısı hissi sıcak basmasını oluşturmakta ve özellikle göğüste, yüzde, kafada ve bedenin üst bölümünde hissedilmektedir. [22, 52, 92]

Kültürel özellikler, diyet, vücut ağırlığı, etnik özellikler, çevresel stresörler ve sosyoekonomik statü, sıcak basmasının oluş derecesini ve şiddetini etkilemektedir. [55]

Gece terlemeleri uykudayken görülen sıcak basması sonucunda oluşmaktadır. Eğer sıcak basmaları gece olursa, sık sık uyanma nedeniyle yorgunluk, irritabilite, anksiyete ve hafıza kaybı olabilmektedir. [62]

Sıcak basmalarının, cerrahi menopozda daha sık ve şiddetli yaşandığı saptanmıştır. Sıcak basması ve gece terlemesi östrojen eksikliğiyle yakından ilgilidir.

Sıcak basması derecelendirilmiştir:

1. Orta sıcak basması: Çok hızlı yayılan ılıklık duygusu ve buna eşlik eden deri nemlenmesi.

2. Ciddi sıcak basması: Daha güçlü ısınma duygusu, bol terleme ve kızarma buna eşlik eder.

3. Çok ciddi sıcak basması: Şiddetli ve yoğun ısınma duygusu, bol terleme ve kızarma ile birlikte görülmektedir. Kadının günlük aktivitelerini engelleyecek düzeydeki sıcak basması, sersemlik, ürperme, konsantrasyon yetersizliği ve göğüs ağrısına neden olabilmektedir.[2]

Sıcak basmasına sebep olan etmenler;

- Sıcak ve nemli hava
- Kapalı ve sınırlı alanda kalmak
- Kafein veya alkol tüketmek
- Hazır yiyecekler tüketmek
- Strese maruz kalmak sayılmaktadır. [22, 52, 92]

b) Uyku Sorunları

Uyku, canlıların temel biyolojik işlevlerinden biridir. Menopozda Estrojen hormonunun eksikliğine bağlı olarak uykunun kalitesini sağlayan REM uykusunun azalması söz konusudur. Ayrıca kadınların sıcak basmaları ve gece terlemeleri nedeniyle uyku kalitesi ciddi bir şekilde etkilenmektedir. Bu durumda yeterli süre uyku uyunsa bile bu kalitesiz bir uyku olduğu için sabah yorgunluğuna neden olmaktadır.[22, 53]

Kadınlar yaşamlarının bu evrelerinde uyku bozuklukları ve uyku kesintilerine ek olarak iç ve dış stresörlerin etkisi de ilave edilirse uykusuzluk sonucu; sinirlilik, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, isteksizlik, üzgün hissetme, sebepsiz ağlamalar, duygusal dalgalanmalar unutkanlık ve konsantrasyon bozuklukları yaşamaktadırlar. [22, 53, 64, 93]

c) Kilo Artışı

Menopoz sırasında beslenmeye gösterilecek önem, bu dönemdeki sağlık ve yaşam kalitesi için çok önemlidir. Menopoz döneminde kilo artışı sık görülmektedir. Kilo artışı vücutta daha fazla yağ depolanması ve kan yağlarının daha yüksek seviyelerde seyretmesine neden olmaktadır. Kalp-damar hastalıkları açısından kilo fazlası riski arttırmaktadır. Beden kitle indeksi 29 ve daha yüksek olan kadınlarda bu risk daha yüksek bulunmuştur. [53, 94]

Menopozda; doğal gıdalar alınmalı ve rafine edilmiş besinlerden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Kırmızı et ve süt ürünleri dikkatli alınmalıdır. Kırmızı etlerin yüksek miktarlarda fosfor içermesi, kemiklerden kalsiyum kaybına neden olabilmektedir. Aşırı miktarda doymuş yağların (tereyağ ve kuyruk yağ gibi) alınması meme kanseriyle de ilgili bulunmuştur. Doymuş yağlar, LDL'nin ve trigliseridlerin artışına neden olmaktadır. Beslenmede mutlaka vücutta yapılmayan ve dışarıdan alınması gereken yağ asitleri alınmalıdır. Bu yağ asitleri çerezlerde, tohumlarda, yağlarda ve yağlı balıkların yağlarında bulunmaktadır. [94]

Menopozal dönemde kemik kaybı riskini aza indirmek için günde 250–500 mg kalsiyum gerekmektedir. Süt ve süt ürünleri tüketerek kalsiyumun emilimini sağlayacak önlemler alınmalıdır (östrojen tedavisi, aktif vitamin D tedavisi vb). Konstipasyon sıklıkla üriner inkontinansla birlikte seyrettiğinden lifli gıda ve yeterli sıvının alınması önemlidir. Bu nedenle sıvı alımı kısıtlanmamalıdır. [94]

Çay, kahve ve alkol gibi içecekler uyarıcı etkileri ile menopozda yaşanan sıkıntılardan biri olan ani sıcak basması olayını tetikleyebilmekte ve uykusuzluğa da sebep olmaktadır. [89, 94]

Aşırı alkol alımı kemik üzerine toksik etki yapmaktadır. Sigara kardiyovasküler hastalık riskini arttır. Günde bir paket sigara içenlerin kemik yoğunluğunda her yıl %2

oranında azalma meydana gelmektedir. Sigara içimi kalça kırığı riskini de %40–50 oranında arttırmaktadır. [11, 94, 95]

Düzenli fiziksel aktivite kemik ve kasları kuvvetlendirmektedir. Dolayısıyla denge, esneklik ve çevikliği artıracağından düşme sonucu oluşabilecek kemik kırığı olasılığını da azalmaktadır. Egzersiz kemik kaybını yavaşlatmakta, güveni arttırmakta, stresi azaltmakta ve sağlıklı bir kiloyu korumada çok önemli rol oynamaktadır. En iyi aktivite planlı aerobik hareketleri (örneğin koşu veya düşük şiddette aerobik) ve ağırlık hareketleridir (örneğin hızlı yürüyüş ve ağırlık kaldırma). Egzersiz süresi 20–60 dakika olmalıdır. Haftada 3 kez egzersiz yapmak fiziksel sağlık ve kondisyon için idealdir.[11]

d) Ürogenital Şikayetler

Menopozal dönemde genital sistemde gelişen değişiklikler, alt üriner sistemin fonksiyonunu etkilemektedir. Hormonal çekilmenin yanı sıra yaşın ilerlemesi ile kan akış hızında azalma olması, deri altı yağ ve bağ dokuda meydana gelen kayıplar ürogenital sistemde değişikliklere sebep olmaktadır. Bu dönemde idrar yollarında, vajina ve etrafındaki dokularda sarkma, zayıflama ve büzülme görülmektedir. [10, 46, 53, 96]

Mesane ve üretrada bu değişimler olduğunda:

- Enfeksiyona yakalanma
- Sık idrara çıkma
- İdrara sıkışma hissi
- İdrar yaparken acı hissetme
- İstem dışı idrar kaçırma şikayetleri görülebilmektedir. [97]

Menopozal dönemdeki kadının ürogenital açıdan meydana gelen değişimlerle başa çıkması; sosyal yardım alarak (hekime giderek) ve bireysel gayretlerle, iki şekilde değerlendirilebilmektedir. Bireysel olarak alınacak önlemler arasında genital hijyeni sağlamak, kola, kahve, çay, çikolata ve alkol idrar çıkışını arttırdığından diyetten

çıkarmak, alt abdominal bölgedeki kasları sıkılaştırmak açısından büyük önem taşıyan Kegel egzersizlerini gün içinde sık sık yapmak, konstipasyon sıklıkla üriner inkontinansla birlikte seyrettiğinden lifli gıda ve günde en az 6–9 bardak su içilmesi önerilmektedir. [53, 97- 99]

e) Kalp – Damar Rahatsızlıkları

Menopoz, kardivasküler sistem açısından kesin bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Kalp hastalığı erkek problemi şeklinde görülmesine karşın özellikle menopozdan sonra bu risk kadınlarda oldukça artmakta, genellikle hiçbir belirti vermeden ortaya çıkmakta ve bazı kadınlarda ciddi sonuçlanabilmektedir. [5, 53, 62, 93]

Kalp hastalığına sebep olan etmenler obesite, hipertansiyon, diabet, sigara kullanımı, LDL'nin yüksek değerde olması ve sedanter yaşam olarak belirtilmektedir.[5,94]

Kalp hastalığı riskini azaltan etmenler

- Dengeli beslenmek
- Kötü alışkanlıklardan uzak durmak
- Düzenli egzersiz yapmak
- Stresörlerden uzak durmak
- Östrojen kullanmak

Östrojen LDL'yi ayarlamakta, kan akımını ve kan şekerinin normal düzeyde olmasında anahtar rol oynamaktadır. Östrojen damar dilatasyonunu sağlayarak damarlarda daralma ve tıkanıklık oluşumunu en aza indirmektedir. Cerrahi menopozda, koagülasyon sisteminde anormal değişiklikler meydana gelmekte ve bunun sonucu olarak damar içi trombüs riski artmaktadır. [5, 6, 10, 49, 94]

f) Eklem ve Kas Rahatsızlıkları

Bir kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelmektedir. Menopoz sonrası yıllık kemik kaybı %1,2, cerrahi menopozda %3,9 civarındadır. Total kemik miktarının %50'sinden fazlası menopoz sonrası ilk 7 yıl içinde kaybedilmektedir.[11, 100- 105]

Osteoporoz, düşük kemik mineral yoğunluğu ya da çok küçük travmalarla kırık oluşması olarak tanımlamıştır. Osteoporoz kendi başına semptomsuz bir tablo sayılmaktadır. Ancak kemik kütlesinin düşük olması kırık oluşması için en önemli risk faktörüdür. Kemiğe uygulanan kuvvet kemiğin kendi dayanma gücünü aştığında ortaya çıkan kırıklar çoğu kez ağrı, deformite, yeti yitimi ve mortalite artışına yol açmaktadır.[100- 105]

İnce kemikler daha da incelerek kırılırken, bilekler, kalça, kol ve kaburga kırıkları önemsiz kazalardan sonra belirgin olarak artmakta, en sık omurga da görülmekte ve bu da kambur bir postüre yol açmaktadır.[102]

Cerrahi menopozda, tüm bu hormonal değişiklerin daha kısa sürede ve daha şiddetli yaşanması kemik dokusunun doğal menopoza göre daha olumsuz etkilenmesine sebebiyet vermektedir. [3, 10, 11]

Osteoporozda, hormonal dengenin yanı sıra; ileri yaş, genetik faktörler, fiziksel aktivite, beslenme şekli, sigara ve alkol kullanımı gibi faktörler de etkilidir. Menopoz sonrası kemik kaybının hızlandığı, erken veya cerrahi menopozun osteoporoz sürecini hızlandırıp öne aldığı bilinen bir gerçektir. [103, 105]

Osteoporozu önlemek ve kasları güçlendirmek amacıyla egzersiz yapmak oldukça önemlidir. Son bilgiler günde 30–60 dakikalık yürüme ve merdiven çıkma egzersizlerinin, kemik kaybını geciktirdiğine ve kemik yoğunluğunu artırdığına işaret etmektedir. Paratiroid hormonu (PTH), kalsiyumun en önemli düzenleyicisidir ve kemik

dokusu üzerine birden fazla etkisi vardır. Östrojenin eksikliğinin, kalsiyum dengesini ayarlayan PTH, hormonları olumsuz etkilediği bilinmektedir. [103, 105]

Menopozdan sonra östrojen kullanımı kemiklerdeki bu geri gidişi yavaşlatmakta ve kırıklara karşı korumaktadır. Ancak östrojen kullanımı da bazı riskler taşımaktadır. Özellikle osteoporoz eğilimi olan kadınların östrojen kullanmadan önce mutlaka bir hekime başvurup diğer risk faktörlerinin de değerlendirilip bu doğrultuda östrojen terapisi uygulanmalıdır. [102]

Yiyeceklerle düzenli kalsiyum alınması kemikler için oldukça önemlidir. Ancak günlük kalsiyum miktarının yiyeceklerle karşılanması mümkün olmayabilir. Bu nedenle kalsiyum tabletleri kullanılabilir. Ayrıca düzenli ağırlık kaldırma egzersizleri ve yürüyüş osteoporozdan korunmada ve kas sistemini güçlendirmek için oldukça önemlidir. [3, 10, 11, 94]

2.7.2. Benlik Kavramı Alanına Yönelik Değişiklikler

a) Psikolojik Şikayetler

Menopoz kadının bedenini ve beynini etkileyen, fiziksel ve psikolojik dengenin bozulmasına yol açan bir olaydır. Cerrahi menopozdan sonra ortaya çıkan değişiklikler kadının bedenine olan güvenini sarsabilmektedir. [52, 92, 106]

Menopozdaki hormonal değişikliklerin duygu durum ve davranışları etkileyebileceği düşünülmektedir.[64]

Menopozal kadınlardaki duygu durum değişiklikleri; kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik, sinirlilik, gerginlik, çabuk öfkelenme hissi, huzursuzluk, panik hissi, genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu ve unutkanlık olarak ortaya çıkmaktadır.[52, 96]

Menopozal kadının hayatını olumsuz etkileyecek başlıca etmenler arasında yer alan stres, beden işlevleri ile çevre arasındaki çatışma sonucu fizyolojik sistemde ortaya

çıkan bir savunmadır. Stresör ise bireyin stres yaşamasına neden olan herhangi bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Stresörler rol değişimi, ayrılık gibi dış kaynaklı olabileceği gibi menopoz, suçluluk duygusu gibi iç kaynaklı olabilmektedirler. [46, 52, 106, 107]

Psikolojik şikayetlerin giderilmesi somatik şikayetlere göre çok daha kolaydır ancak menopozal kadının eşine, çocuklarına, aile yakınlarına, arkadaşlarına yani etrafındaki kişilere büyük görevler düşmektedir. Menopozda psikolojik olarak oldukça hassas bir dönem geçiren kadınlar için aile desteği, sevilme, sayılma, takdir edilme, hatırlanma oldukça önem taşımaktadır. Bunun dışında bireysel olarak olumsuz düşüncelerini dağıtacak faaliyetlerde bulunmak (kurs, dernek v.b.), ziyaretlere gitmek, sevdiği insanlarla beraber olmak, el işi ve ev işi yapmak, TV izlemek, duş almak, kitap okumak gibi davranışlar ya da faaliyetler de bu şikayetle başa çıkmada yardımcı olmaktadır.[46, 52, 106, 107]

b) Cilt Değişiklikleri

Menopozda deri gevşektir ve fonksiyonları azalmıştır. Özellikle yüzde, baldırda ve göğüslerde cilt incelmekte, kurumakta, cilt yüzey yağı ve hidrasyonu azalmakta ve kırışıklığa yol açan elastikiyette kayıp görülmektedir. Bu değişiklikler özellikle güneş ışığına maruz kalan bölgelerde (yüz, boyun, eller) belirgindir. Ayrıca sigara dumanı ve çeşitli yıpratıcılar (deterjan vb) olumsuz etkilemektedirler. [52, 63, 108, 109]

Menopoz sonrası cilt değişiklikleri:

- Sıcak basmaları
- Ayak tabanı ve avuç içlerinde cildin sertleşmesi
- Tekrarlayıcı veya sürekli kaşıntı görülmektedir.

Yaşlanma ile deri ve deri eklerinde ortaya çıkan belirgin değişimde, menopoz sonrası oluşan östrojen eksikliğinin de rolü vardır. Deride östrojen reseptörlerinin

varlığı ve doğal menopozda yıllık %1-2 olan deri incelmesinin cerrahi menopozda %6-10 olduğu düşünüldüğünde, cerrahi menopoz deri yaşlanması acısından büyük risk taşımaktadır. Östrojen tedavisi ile deri kalınlığının ve deri nem oranının arttırıldığı belirlenmiştir. Menopozda çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüylerin çıkmasına eğilim artmakta, buna karşılık saçlar, koltukaltı ve pubis kılları seyrekleşmektedir. [52, 63, 108, 109]

c) Beden İmajı

Beden imajı bedenin dış görünüşü, sınırları ve iç yapısıyla ilgili bireyin tüm algı ve bilgisini kapsar. Beden imajı fizyolojik temele dayanmasına karşın fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşur. Bu nedenle bireyin kişilik yapısını kapsamakla birilikte, toplumsal olarak sosyolojik bir anlam da içermektedir. [110]

Üreme organları 'kadın olma' kimliğinin belirleyicilerinden olduğu için, kadının beden imajı ve benlik saygısının şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Bu organların hastalığı ya da yokluğu ise kadınlığın kaybı, kadın olarak kendini kusurlu ya da eksik hissetme şeklinde yorumlanabilir. Histerektomi gibi önemli operasyonlar sonrasında pek çok kadın, öncesinde olduğu gibi eşine hoş görünemeyeceği, cinsel bir eş olarak çekiciliğinin azalacağı ve cinsel yaşamının bozulacağı gibi değişik duygular yaşayabilir. Operasyon sonrası yeni duruma alışma süreci, hormon dengesinin bozulması, hastanın sahip olduğu sosyokültürel düzey ve benlik saygısı iyileşme sürecini etkileyen önemli faktörlerdir. Kişinin benlik saygısı, cerrahi menopoza göstereceği tepkiyi etkilediği gibi, bu duruma alışmasını sağlayabilir veya engelleyebilir. [62, 63, 65, 92]

2.7.3. Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Değişiklikler

a) Cinsel Sorunlar

Yaşlanma ve menopoz toplumlara ve kültürlere göre değişmekle birlikte çoğu zaman cinsel hayatın sonu gibi algılanır. Oysa cinsellik; biyolojik, psikolojik ve fizyolojik bir olaydır. Menopoz da toplumsal ve bireysel bazı düşünceler, gerçekte meydana gelebilecek sorunların farklı algılanmasına sebebiyet verebilir. [14, 15, 18, 22, 92] Kadınların menopozda hormonal değişim sonucu cinsel hayatını olumsuz etkileyerek, kadının iyilik halinde ve psikolojik durumunda kayıplara neden olmaktadır. [18] Bu durum kadının, cinsel kimliğinin zarar görmesine yol açmakta ve seksüel davranışlarını etkilemektedir. [14, 15, 18, 22, 92, 111]

Menopoz döneminde vajinal salgının yetersiz olmasından dolayı ön hazırlıksız bir cinsel ilişki ağrı, sıkıntı, acı ve bazen de kanamaya sebep olabilmektedir. Düzenli cinsel ilişki vajinanın neminin korunmasına ve fonksiyonuna yardımcı olmaktadır. [92, 98, 111]

Perine derisi incelmekte, iç ve dış dudaklarda kanlanma azalmakta, kaşıntı sık görülmektedir. Küçük bir travma hafif vajinal kanamaya yol açabilmekte ve enfeksiyon gelişebilmektedir. Vajen soluk, parlak ve düzgün bir hal almaktadır. Aşırı kuruluğa bağlı olarak kaşıntı ve/veya irritasyon olabilmektedir. [2, 92, 98]

Cinsel işlevlerdeki değişimlerde kadının geçmişten beri bilgilendirilme şekli, genel bilgi ve koşullanmaları, aile içi gizlilik anlayışı ve bir takım sorunlar, yaş ve zaman gibi faktörlerinde etkin rol oynadığı bildirilmektedir.[60, 90, 91] Cinsellikle ilgilenme ya da isteme ihtiyacı kadından kadına da değişmektedir. Menopozal yıllarda en sık görülen cinsel şikayetler; azalmış cinsel cevaplılık, cinsel aktivite sıklığının azalması, arzu azalması, cinsel uyarılma fazı çok uzun zaman alması, cinsel doyuma ulaşmada zorluk yaşanması ve ağrılı cinsel ilişkidir. [90, 92, 98]

Cinsel ilgiyi ve fonksiyonunu arttırıcı davranışlar:

- Eşler arasında iletişimin arttırılması
- Duyarlı dokuların dikkatli bir şekilde uyarılması
- Cinsel ilişkiye ön hazırlık için yeterli zaman ayrılması
- Seksüel pozisyonlarda değişikliklere yer verilmesi
- Perineal kas tonusunun arttırılması için egzersiz (kegel egzersizi) uygulanması
- Disparoniyi önlemede vajinal kuruluğun giderilmesi hakkında, suda eriyen sıvı kayganlaştırıcılar kullanılmasını önermek.suda çözülen kayganlaştırıcı (ky jeli, lubafax) ve nemlendirici kullanılması gibi uygulamalar arasında sıralanabilmektedir. [91, 96]

2.7.4. Karşılıklı Bağlılık Alanına Yönelik Değişiklikler

Kadının yasamı süresince geçirdiği devrelerden biri olan menopoz, fizyolojik bir olay olmasına rağmen sağlık dengesinin bozulmasına neden olacak birçok değişikliği beraberinde getirmektedir. [46, 52, 77, 109] Kadın ve ailesi menopozu dönemini yaşamın bir evresi olarak algılamalıdır.

Menopoz dönemindeki kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantısında tam bir iyilik halinde olabilmesi için bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi sahibi olması, gerekli önlemleri alabilmesi gerekir. [8, 46, 52, 77, 109] Kadınların menopozu yaşadığı dönem aynı zamanda aile yaşam döngüsünde çocukların ergenlik ve yuvadan ayrılma dönemleriyle çakışabilir. [65, 75, 80, 77]

Ailede bazı değişiklikler yaşanabilir:

- Çocukların bağımsızlığı, aileden ayrılmaları ve yeni katılımları
- Çocuklarla yetişkin ilişkisinin kurulması
- Yaşlanmış anne-babaların sağlık sorunları ve/veya ölümleri

- Emeklilik ve ekonomik durum değişiklikleri

Ailedeki ve kadındaki değişimler stres verici yaşam olaylarıdır.

Bu durumlarla baş edebilme de:

- Kişinin algılama durumu
- Mevcut sosyal destek sistemleri
- Geliştirdiği başetme mekanizmaları önemli rol oynar. [65, 75, 80, 77]

Kadının menopozal değişiklikleri bir sorun olarak algılayıp algılamadığı önemlidir. Bu değişikliklerle baş etme de:

- Uygun beslenmenin sürdürülmesi
- Yeterli uyku ve dinlenme
- Uygun fiziksel aktivite
- Düzenli cinsel yaşam
- Stresle başa çıkma
- Deri değişiklikleri ile baş etme ve estetik
- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi
- Sosyal destek
- Hormon tedavisi danışmanlığı alma önemlidir. [3, 10, 11, 14, 92, 94]

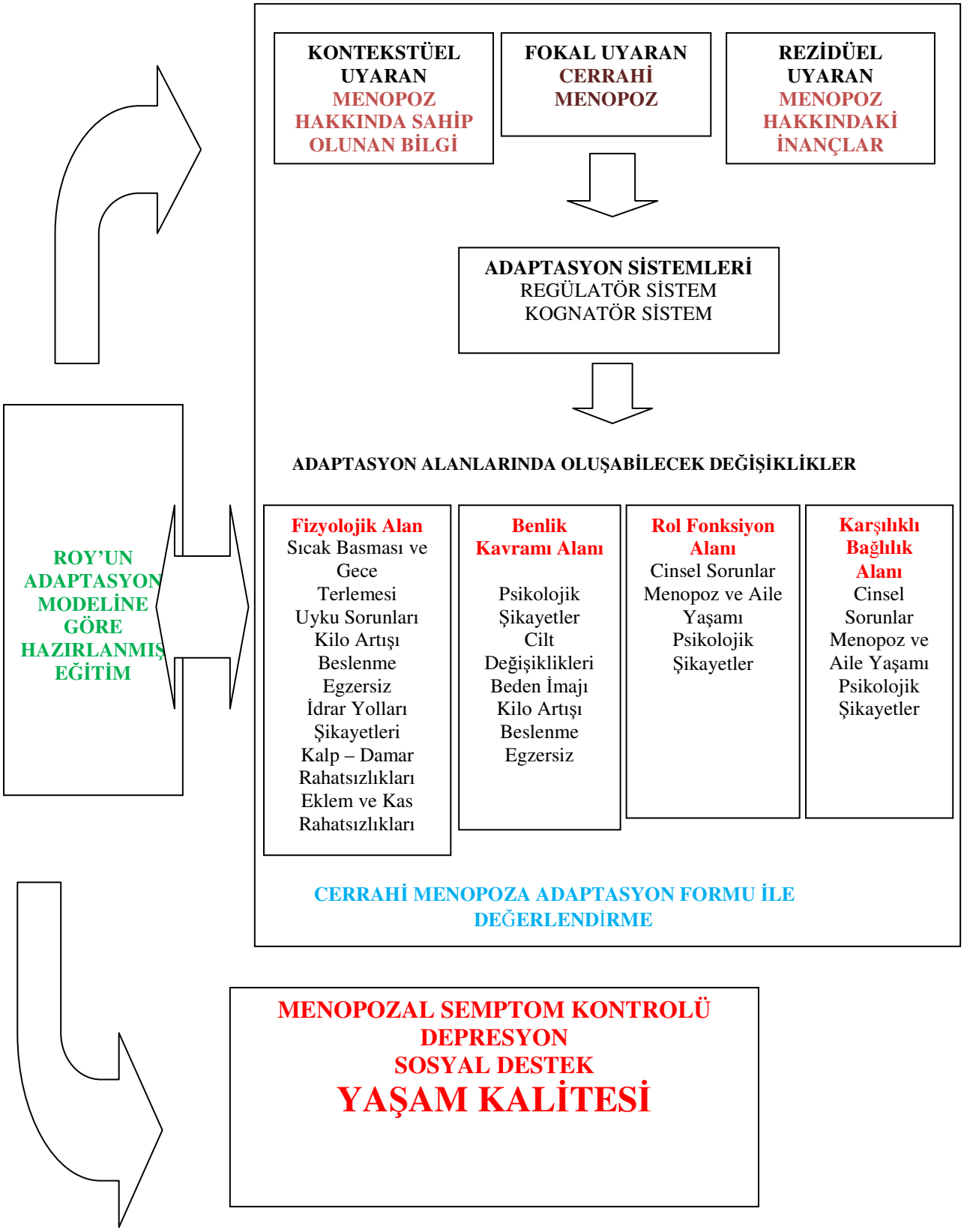
Menopozal dönemde meydana gelen hormonal değişikler ve özellikle östrojen eksikliğine paralel pek çok fizyolojik ve bio-psikososyal değişikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, istenmeyen ve rahatsız edici bazı akut belirtilerin yanı sıra uzun dönemde kadının sağlığını, işgücünü, kararlılığını, verimliliğini yaşam kalitesini ve süresini olumsuz etkileyebilecek sonuçları doğurabilir. [3, 10, 11, 14, 92, 94]

Hemşirelerin, menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik genel hedefleri şunlar olmalıdır:

• Menopoz hakkında kadını/ailesini bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamaları düzeltmek ve anksiyeteyi gidermek.

• Cinsel yaşamı, beslenme, egzersiz ve sosyal aktivitelerinin planlanmasında kadına ve ailesine sağlık eğitimi vermek ve danışmanlık yapmak.

• Bu dönemde ilgili sorunlarla başa çıkabilmesine ve uyum sağlayabilmesine yardımcı olmak, danışmanlık yapmaktır.



Şekil 2.2. Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitim

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma; ön test son test kontrol gruplu, yarı deneme modeli olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde selim nedenlerden dolayı TAH-BSO ameliyatı uygulanan kadınların hastanede tespit edilerek evlerinde ziyaret edilmesi şeklinde Ocak 2012 – Aralık 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde selim nedenlerden dolayı Ocak – Aralık 2012 tarihleri arasında total abdominal histerektomi ve bilateral salfingooferektomi operasyonu uygulanmış kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile belirlenen olasılıksız rastlantısal olarak seçilen 55 kontrol, 55 deney grubunda olmak üzere toplam 110 kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün evreni temsil gücü %95 oranında ve yeterli olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubuna Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde postoperatif dönemde tespit edilen, araştırmayı kabul eden ve örneklem kriterlerine uyan kadınlar sırasıyla bir deney bir kontrol olacak şekilde alınmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- Okur-yazar olmak
- Başka bir hastalığa sahip olmamak
- Psikiyatrik bir tanı almamış olmak
- HRT- Alternatif tedavi almıyor olmak

3.4. Verilerin Toplanması

Deney grubuna; operasyondan 1 ay sonra yapılan ev ziyaretinde ön test verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu (Ek 2), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ-Ek 3), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-Ek 4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ-Ek 5) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ-Ek 6) uygulanmıştır. Operasyon sonrası 2, 3, 4 ve 5. aylarda araştırmacı tarafından geliştirilen soru formunun 2. Bölümü, MSDÖ uygulanmıştır. Operasyon sonrası 6. ayda yapılan ev ziyaretinde son test verilerinin toplanmasında soru formunun 2. Bölümü, MSDÖ, BDÖ, ÇBASDÖ ve MÖYKÖ uygulanmıştır.

Kontrol grubuna; operasyondan 1 ay sonra yapılan ev ziyaretinde ön test verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen soru formunun 1. bölümü, MSDÖ, BDÖ, ÇBASDÖ ve MÖYKÖ uygulanmıştır. Operasyon sonrası 6. ayda yapılan ev ziyaretinde son test verilerinin toplanmasında MSDÖ, BDÖ, ÇBASDÖ ve MÖYKÖ uygulanmıştır.

Araştırma 55 kontrol, 55 deney grubunda olmak üzere toplam 110 kadın ile tamamlanmıştır. İlgili form ve ölçekler araştırmacı tarafından ev ziyaretlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, kadınların sosyodemografik özelliklerini ve adaptasyon düzeylerini belirleyen soru formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Soru Formu (Ek 2)

Literatür doğrultusunda oluşturulan soru formunun 1. bölümü kadınların tanıtıcı özelliklerini içermektedir.

2. Bölüm: Cerrahi Menopoza Adaptasyon Formu ise Roy Adaptasyon Modelinde "Adaptif Biçimler" alt sistemleri olan fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanları esas alınarak ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiştir.[25- 43] Çeklist toplam 60 sorudan oluşmaktadır ve sorulara verilen cevaplar "her zaman, çoğunlukla, bazen ve hiç" şeklindedir. Sorulara verilen cevaplar doğrultusunda cerrahi menopoza adaptasyon eğitimi şekillendirilmiştir.

3.5.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek 3)

Orijinal adı Menopause Rating Scale (MRS) olan MSDÖ 1992 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiş, 1996 yılında İngilizceye uyarlanmıştır. [112]

MSDÖ, ülkemizde 2005 yılında Gürkan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin güvenirliğini test etmek için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin toplam puan korelasyon katsayısı r=0.92, somatik şikayetler için r=0.89, psikolojik şikayetler için r=0.91 ve ürogenital şikayetler için r=0.81'dir. [113]

MSDÖ'nün toplam Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı 0.84'dür. Alt boyutlar için ise Cronbach's Alfa değeri somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da MSDÖ'nün toplam Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı 0.88 olarak belirlenmiştir.

MSDÖ:

• Menopoz dönemindeki bir kadının yaşadığı menopozal yakınmaların şiddetini ölçmek,

• Faklı koşullarda yaşayan kadınların menopozal semptomlarının düzeylerini karşılaştırmak,

• Menopoz döneminde tedavi öncesi ve sonrası semptomların şiddetini karşılaştırmak,

• Menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini belirlemek ve

• Menopozal semptomlardaki değişiklikleri sayısal olarak değerlendirmek amacıyla klinik uygulamalarda kolaylıkla kullanılmaktadır.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte her bir madde için "0= Hiç yok", "1= Hafif", "2= Orta", "3= Şiddetli" ve "4= Çok şiddetli" seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması bir yandan yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini de göstermektedir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır.

1- Somatik Şikayetler Alt Boyutu: Ölçekteki 1. ve 2. maddelerden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 8'dir.

2- Psikolojik Şikayetler Alt Boyutu: Ölçekte yer alan 3., 4., 5., 6., 7. ve 11. maddeleri içerir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 24'tür.

3- Ürogenital Şikayetler Alt Boyutu: Ölçeğin 8., 9. ve 10. maddelerinin değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 12'dir. [113]

3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (Ek 4)

1961'de Beck, Rush, Shaw ve Emery tarafından depresyonun bilişsel, duygusal, somatik ve davranışsal belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş 21 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılan BDÖ karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu ve sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin toplam 21 maddeden oluşmaktadır. [114, 115]

Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini

değerlendirme ifadesini içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Ölçekte her madde 0 ile 3 arasında değişen ölçekle puanlandırılır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'dur. Yüksek puan yüksek depresyon düzeyini göstermektedir. 10 ve 10'dan düşük puanlar hafif depresyonu, 10 ile 18 arasındaki puanlar orta derece depresyonu, 19 ile 29 puanlar arası orta-şiddetli depresyonu, 29'dan yukarı puanlar ise şiddetli depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür Birçok çalışmada kullanılan bu ölçeğin Türkçe formu güvenilir ve geçerliği birçok çalışma tarafından desteklenmiştir. [114, 115] Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,85 olarak belirlenmiştir.

3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 5)

1988'de Zimet, Dahlem ve arkadaşları literatürde bildirilen sosyal destek ölçeklerinin eksikliklerinden yola çıkarak "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini" (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) geliştirmişlerdir.[116]

12 maddelik bu kısa ölçek "aile", "arkadaş" ve "diğer önemli kişi" ya da "özel bir kişi" gibi üç kaynaktan kaynaklanan desteğin yeterliliğini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.

Her biri 4'er maddeyi içeren üç alt ölçekten oluşan (3,4,8,11 aile, 6,7,9,12 arkadaşlar ve 1,2,5,10 özel bir insan) ÇBASD ölçeği 1 den 7'ye kadar puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin kesme noktası olmayıp yüksek puan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. [116]

Türkçe geçerliği ve güvenirliği 1995'de Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Çevirisinde Türkçe formunun puan değişmezliğinin, iç tutarlılığı ve yapı geçerliliğinin tatmin edici olduğu ve orijinaline benzer bir faktör yapısı gösterdiği belirtilmiştir. [117] Bu

çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,87 olarak belirlenmiştir.

3.5.5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 6)

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu (Menopause-Specific Quality of Questionnaire=MENQOL) John R. Hilditch ve arkadaşları (1992) tarafından menopozal döneme özgü kadınların yaşam tarzındaki farklılıkları ölçerek, zaman içinde meydana gelen yaşam kalitesindeki değişimi sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir. [118]

Ölçeği Türk toplumuna uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kharbouch ve Şahin (2005) yapmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değerleri; vazomotor alan için 0.73, psikososyal alan için 0.84, fiziksel alan için 0.88 ve cinsel alan için 0.84 olarak belirlenmiştir. [19]

Bozkurt ve Sevil tarafından MÖYKÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması 2004 yılında yapılmış ve Cronbach's Alpha değerleri; vazomotor alan için 0.93, psikososyal alan için 0.97, fiziksel alan için 0.97 ve cinsel alan için 0.88 olarak bulunmuştur. [80]

Bu çalışmada da Cronbach's Alpha değerleri; vazomotor alan için 0.83, psikososyal alan için 0.97, fiziksel alan için 0.97 ve cinsel alan için 0.95 olarak belirlenmiştir.

Likert tipte olan ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Sorular dört konu başlığı altında toplanmıştır. 1-3. sorular vazomotor, 4-10. sorular psikososyal, 11-26. sorular fiziksel ve 27-29. sorular cinsel konu başlıkları altında yer almıştır. Verilerin toplanması aşamasında kadınların son bir ay içerisinde yaşamış oldukları yakınmalar sorgulanmakta olup, sorulara "hayır" ya da "evet" şeklinde cevap alınmaktadır. Cevap "Evet" ise yakınmanın şiddeti 0–6 arasında puanlanmakta; 0 "hiç sıkıntı vermedi", 6 "aşırı sıkıntı verdi" olarak bireydeki rahatsızlığın boyutu sorgulanmaktadır. [19]

MÖYKÖ'nin analizinde her soru maddesi 1-8 puan arasında puanlandırılmıştır 1 puan o konu ile ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını, 2 puan o konunun var

olduğunu, yaşandığını ancak rahatsız edici olmadığını göstermektedir. 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini tanımlamaktadır. Bu ölçekte genel bir skorlama yapılmamaktadır. Çünkü her konu başlığının genel iyilik hali üzerine katkı oranı bilinmemektedir.

Konu başlıklarına ait soru adedi eşit olmadığından, skorların ortalamaları o konu başlığına ait genel skor olarak değerlendirilmektedir. Böylece her sorunun 1 ile 8 arasında toplam puanı olmaktadır. Vazomotor (3 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 24, en düşük puan 3'tür. Psikososyal (7 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 56, en düşük puan 7'dir. Fiziksel (16 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 128, en düşük puan 16'dır. Cinsel (3 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 24, en düşük puan 3'tür. Puanın düşük olması kadındaki yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Araştırmada; operasyon sonrası yapılan ev ziyaretlerinde, girişim materyali olarak Roy Adaptasyon Modeline göre hazırlanmış eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Roy'un adaptasyon modeline göre TAHBSO ameliyatı sonrası kadının cerrahi menpoza adaptasyonu sağlamada önemli noktalar vurgulanmıştır. Eğitim kitapçığı literatür bilgileri ve tez izleme komite üyelerinin rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Operasyon sonrası 1. ayda ön test uygulamasından sonra deney grubuna Roy'un Adaptasyon Modeline göre hazırlanmış eğitim kitapçığı ile eğitimin ilk bölümü, operasyon sonrası 2. ayda eğitimin ikinci bölümü verilip 1. eğitimin tamamlanması, operasyon sonrası 3., 4. ve 5. ayda eğitimin tamamının tekrarlanması ile eğitim sonlandırılmıştır.

Eğitim, Roy Adaptasyon Modeline göre hazırlanmış eğitim kitapçığı ile deney

grubundaki kadınlara belirlenen zamanlarda araştırmacı tarafından ev ziyaretlerinde interaktif olarak verilmiştir. Ev ziyareti sırasında verilen eğitimler ortalama 30-40 dakika sürmüştür.

Eğitimin birinci bölümünde; Roy Adaptasyon modelinin dört alt boyutundan ilk ikisi olan fizyolojik gereksinim ve ben kavramını içeren eğitim verilmiştir. Eğitimin bu bölümünde kadına cerrahi menopozda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişime nasıl adapte olacağı ve bu dönemde karşılaşacağı sorunlarla nasıl baş edebileceği anlatılmıştır.

Eğitimin ikinci bölümünde ise modelin rol fonksiyonu ve karşılıklı dayanışma kavramı üzerinde durulmuştur. Menopozal dönem hakkında kadın ve ailesini bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamaları düzeltmek sosyal aktivitelerinin planlanması ve kadının sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilmesini sağlamak hedeflenmiştir. Rol fonksiyonu üzerinde yaşanabilecek değişimler, menopoza uyum ve cinsellikte yaşanabilecek sorunlar ile nasıl baş edeceği konusunda eğitim verilmiştir. Toplumda görülen töreler ve tabular hakkında bilgi verilerek, çiftlerin cinsel davranış kalıpları üzerine önerilerde bulunulmuştur.

Menopozal dönemdeki kadına yaşadığı semptomların psiko-sosyal boyutları, kadının yaşantısıyla etkileşimi ve toplumsal normlar konusu ele alınmıştır.

Kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmamış, son test uygulamasından sonra eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Kadınların menopozal semptomları, menopoza özgü yaşam kalitesi düzeyleri, depresyon düzeyleri, sosyal destek düzeyleri, cerrahi menopoza adaptasyon düzeyleri.

Bağımsız Değişken: Kadınlara verilen eğitim.

Kontrol Değişkenleri: Kadınların yaşı, eğitimi, aile tipi, düzenli egzersizi, sigara kullanımı, menopozal döneme yönelik bilgisi kontrol değişkenlerini oluşturmuştur. Deney ve kontrol grubunda kontrol değişkenleri arasında fark olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Araştırmanın kontrol değişkenleri dağılımı

Özellikler	**Deney Grubu s=55**		**Kontrol Grubu s=55**		**Test değeri ve önemlilik**
Yaş	X± SS 46.1±3,7		X± SS 46.2±3.0		t=-.225 p=.822
Eğitim düzeyi	s	%	s	%	
İlköğretim	52	94.6	52	94.6	x²=.667 p=.717
Lise	2	3.6	1	1.8	
Üniversite	1	1.8	2	3.6	
Aile tipi					
Çekirdek aile	46	83.6	48	87.3	x²=.293
Geniş aile	9	16.4	7	12.7	p=.589
BKİ	X± SS 28.7± 4.2		X± SS 28.6 ± 4.1		t=.053 p=.958
Düzenli egzersiz	s	%	s	%	
Yapıyor	4	7.3	5	9.1	x²= .121
Yapmıyor	51	92.7	50	90.9	P=.728
Sigara kullanımı					
Kullanmıyor	46	83.6	48	87.3	x²= .293
Kullanıyor	9	16.4	7	12.7	p=.589
Menopoza yönelik bilgi					
Var	43	78.2	42	76.4	x²=.052
Yok	12	21.8	13	23.6	p=.820

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS 17 (Statistical Package for Social Science) paket programında yapılmıştır.

Araştırmada değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3.2. Değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler

Değerlendirilen parametreler	**Uygulanan testler**
Ölçeğin ve alt boyutlarının iç tutarlılığının değerlendirilmesi için	α katsayısı
Kontrol ve deney grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın önem testi için	Bağımsız gruplarda uygulanan t testi
Kontrol ve deney grubunun kendi içinde ön test - son test puan ortalamaları arasındaki farkın önem testi için	Bağımlı gruplarda uygulanan t testi
Kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması için	Ki-Kare Bağımsız gruplarda T testi
Deney grubunun test tekrarlı ölçümleri arasındaki farkın önem tespiti için	Varyans analizi
Kontrol ve deney grubunun ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi test etmek için	Korelasyon analizi

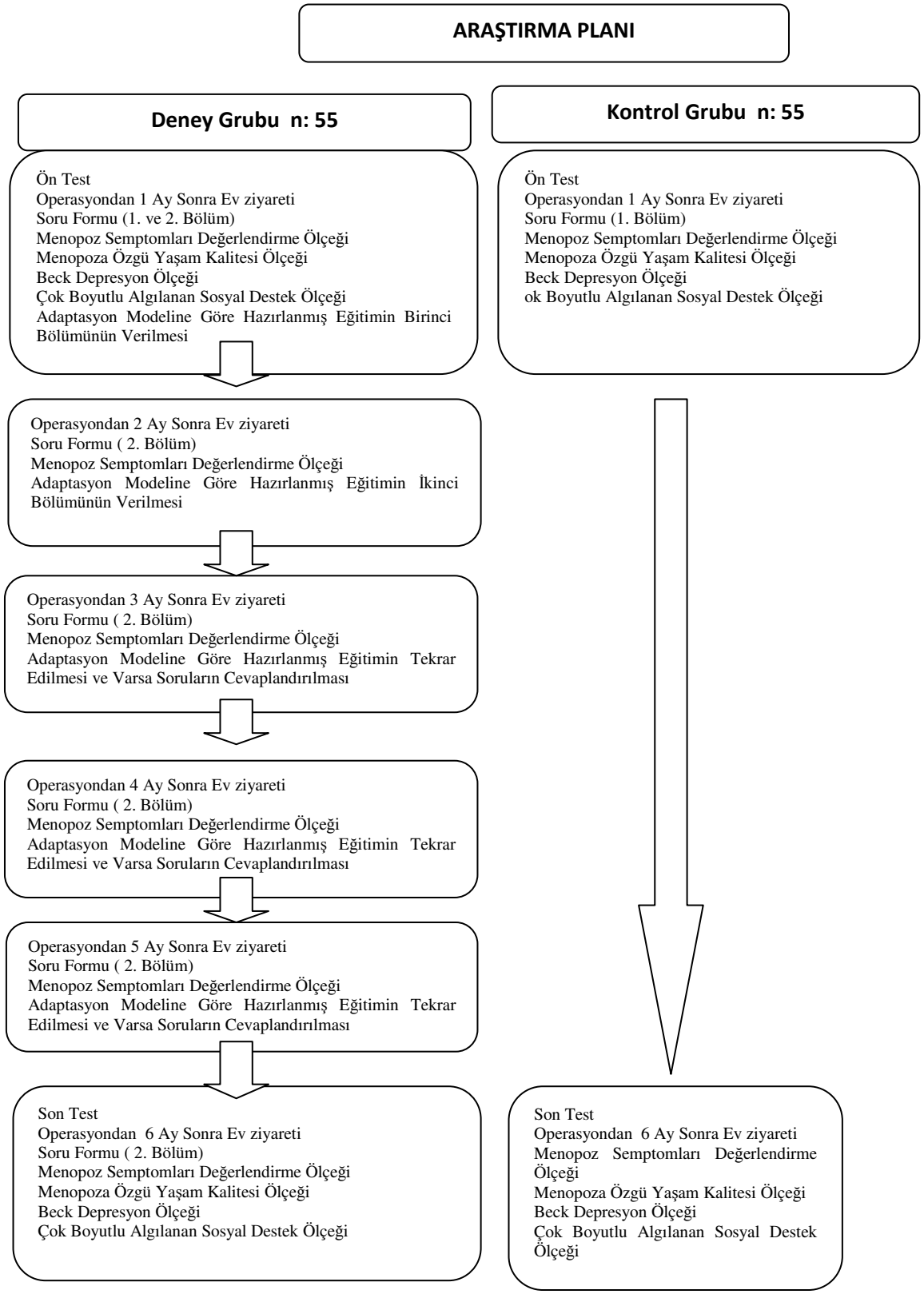
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılabilmesi için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay alınmıştır. Araştırmaya katılmaya istekli olanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalara

araştırmanın konusu ve amacı anlatıldıktan sonra araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları şeklinde bilgi verilmiş ve araştırmaya katılan bireylere, bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Veri toplamadan önce hasta ve yakınlarının soruları yanıtlanmış ve bilgilendirildikten (Bilgilendirilmiş onay ilkesi) sonra onayları sözlü ve yazılı olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bulgularının yorumlanmasında önemli bir sınırlılığı bulunmamaktadır. Elde edilen sonuçlar bu araştırmanın evrenine genellenebilir.



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1'de görülmektedir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	**Deney Grubu s=55**		**Kontrol Grubu s=55**		**Test değeri ve önemlilik**
	X± SS		X± SS		t=-.225
Yaş	46.1±3,7		46.2±3.0		p=.822
Eğitim düzeyi	s	%	s	%	
İlköğretim	52	94.6	52	94.6	x²=.667
Lise	2	3.6	1	1.8	p=.717
Üniversite	1	1.8	2	3.6	
Aile tipi					
Çekirdek aile	46	83.6	48	87.3	x²=.293
Geniş aile	9	16.4	7	12.7	p=.589
	X± SS		X± SS		t=.053
BKİ	28.7± 4.2		28.6 ± 4.1		p=.958
Düzenli egzersiz	s	%	s	%	
Yapıyor	4	7.3	5	9.1	x²= .121
Yapmıyor	51	92.7	50	90.9	P=.728
Sigara kullanımı					
Kullanmıyor	46	83.6	48	87.3	x²= .293
Kullanıyor	9	16.4	7	12.7	p=.589
Menopoza yönelik bilgi					
Var	43	78.2	42	76.4	x²=.052
Yok	12	21.8	13	23.6	p=.820
Çalışma durumu					
Ev hanımı	49	89.1	47	85.5	x²= .466
Çalışıyor	5	9.1	6	10.9	p=.792
Emekli	1	1.8	2	3.6	

Tablo 4.1 (Devamı)

Gelir durumu	s	%	s	%	
Gelir giderden az	16	29.1	9	16.4	x^2=2.923
Gelir gider denk	35	63.6	43	78.1	p=.232
Gelir giderden fazla	4	7.3	3	5.5	
	X± SS		X± SS		t=-.569
Eşinin yaşı	49.8±5.1		50.3±4.4		p=.570
Eğitim durumu	s	%	s	%	
İlköğretim	39	70.9	46	83.7	x^2=3.819
Lise	15	27.3	7	12.7	p=.148
Üniversite	1	1.8	2	3.6	

Deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 46.1±3,7 olduğu, %94.6'sının ilköğretim mezunu, %89.1'inin ev hanımı, %83,6'sını çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasının 46.2±3.0 olduğu , %94.6'sının ilköğretim mezunu,, %85,5'inin ev hanımı olduğu, %87.3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Tablo 4.1.'e göre; deney ve kontrol grubu kadınların beden kitle indeksi, sigara kullanımı, düzenli egzersiz, gelir düzeyi, eş yaş ve eş eğitim durumlarının da benzer özellikler taşıdığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ölçek Puan Ortalamaları		
Ölçeğin Uygulama Zamanları	**Deney Grubu (s=55) X± SS**	**Kontrol Grubu (s=55) X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Ön Test	20.16±6.53	20.56±6.65	t=0.318 p=0.751
Son Test	15.21±5.11	23.47±5.58	t=-8.081 p=0.000

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ön test puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 20.16±6.53, kontrol grubundaki kadınlarda ise 20.56±6.65 olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği son test puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 15.21±5.11, kontrol grubundaki kadınlarda ise 23.47±5.58 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Deney Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları						
Grup	**Ön Test X± SS**					**Son Test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
	1. Ay	2. Ay	3. Ay	4. Ay	5. Ay	6. Ay	
Deney Grubu	20,1±6,5	19,1±5,8	17,7±5,0	16,3±4,7	15,6±4,6	15,2±5,1	F=62.821 p=0.000

Tablo 4.3.'de deney grubundaki kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme ölçeği puan ortalamalarına farklı zamanlarda bakılmıştır. Deney grubunda Menopoz Semptomları puan ortalamasının en yüksek operasyon sonrası 1. ayda (20,16±6,53), en düşük operasyon sonrası 6. ayda (15,21±5,11) olduğu saptanmıştır. Deney grubunun tekrarlı ölçümleri arasında ki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.4. Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları			
Grup	**Ön Test X± SS**	**Son Test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Kontrol Grubu	20.56±6.65	23.47±5.58	t=7.623 p=0.000

Kontrol grubundaki kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme ölçeği ön test puan ortalamasının 20.56±6.65, son test puan ortalamasının 23.47±5.58 olduğu ve ön test - son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

		Ölçek Puan Ortalamaları		
MÖYKÖ Alt Boyutları	**Ölçeğin Uygulama Zamanları**	**Deney Grubu (n=55) X± SS**	**Kontrol Grubu (n=55) X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Vazomotor Alt Boyut	Ön Test	9.07±3.08	8.21±3.22	t=1.420 p=0.158
	Son Test	6.83±2.33	9.61±2.90	t=-5.534 p:0.000
Psikososyal Alt Boyut	Ön Test	24.01±9.72	25.72±9.70	t=-.923 p=0.358
	Son Test	18.83±7.33	28.87±8.35	t=-6.694 p=0.000
Fiziksel Alt Boyut	Ön Test	43.41±11.30	45.58±12.16	t=-.966 p=0.336
	Son Test	38.23±13.17	56.23±14.50	t= -6.814 p=0.000
Cinsel Alt Boyut	Ön Test	12.54±3.74	12.96±4.04	t=-0.563 p=0.575
	Son Test	7.69±2.63	13.67±3.52	t=-10.080 p=0.000

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarına göre ön test puan ortalamaları incelendiğinde; "Vazomotor" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 9.07±3.08, kontrol grubundaki kadınlarda 8.21±3.22, "Psikososyal" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 24.01±9.72, kontrol grubundaki kadınlarda 25.72±9.70, "Fiziksel" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 43.41±11.30, kontrol grubundaki

kadınlarda 45.58±12.16, "Cinsel" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 12.54±3.74, kontrol grubundaki kadınlarda 12.96±4.04 olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.5.).

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarına göre son test puan ortalamaları incelendiğinde; "Vazomotor" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 6.83±2.33, kontrol grubundaki kadınlarda 9.61±2.90, "Psikososyal" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 18.83±7.33, kontrol grubundaki kadınlarda 28.87±8.35, "Fiziksel" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 38.23±13.17, kontrol grubundaki kadınlarda 56.23±14.50, "Cinsel" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 7.69±2.63, kontrol grubundaki kadınlarda 13.67±3.52 olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Deney Grubundaki Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	**MÖYKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları**		
Deney Grubu (n=55)	**Ön Test X± SS**	**Son Test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Vazomotor Alt Boyut	9.07±3.08	6.83±2.33	t=7.618 p=0.000
Psikososyal Alt Boyut	24.01±9.72	18.83±7.33	t=6.809 p=0.000
Fiziksel Alt Boyut	43.41±11.30	38.23±13.17	t=4.398 p=0.000
Cinsel Alt Boyut	12.54±3.74	7.69±2.63	t=9.492 p=0.000

Deney grubundaki kadınların MÖYKÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; "Vazomotor" alt boyutta 9.07±3.08, 6.83±2.33, "Psikososyal" alt boyutta 24.01±9.72, 18.83±7.33, "Fiziksel" alt boyutta 43.41±11.30, 38.23±13.17, "Cinsel" alt boyutta 12.54±3.74, 7.69±2.63 olduğu ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	**MÖYKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları**		
Kontrol Grubu (n=55)	**Ön Test X± SS**	**Son Test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Vazomotor Alt Boyut	8.21±3.22	9.61±2.90	t=:5.637 p=0.000
Psikososyal Alt Boyut	25.72±9.70	28.87±8.35	t=6.135 p=0.000
Fiziksel Alt Boyut	45.58±12.16	56.23±14.50	t=12.604 p=0.000
Cinsel Alt Boyut	12.96±4.04	13.67±3.52	t=2.104 p=0.040

Kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; tüm alt boyutlarda son test puan ortalamalarının yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçeğin Uygulama Zamanları	Ölçek Puan Ortalamaları		Test Değeri ve Önemlilik
	Deney Grubu (n=55) X± SS	Kontrol Grubu (n=55) X± SS	
Ön Test	11.30±7.91	11.72±6.57	t=-0.302 p=0.764
Son Test	8.80±6.76	14,49±5.94	t=:-4.685 p=0.000

Beck Depresyon Ölçeği ön test puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 11.30±7.91, kontrol grubundaki kadınlarda ise 11.72±6.57 olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Son test puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 8.80±6.76, kontrol grubundaki kadınlarda ise 14,49±5.94 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Deney Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları			
Grup	**Ön test X± SS**	**Son test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Deney Grubu (n=55)	11.30±7.91	8.80±6.76	t=8.550 p=0.000

Deney grubundaki kadınların Beck Depresyon Ölçeği ön test puan ortalaması son testte düşüş göstermiş, ön test - son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur. ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Kontrol Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları			
Grup	**Ön test X± SS**	**Son test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Kontrol Grubu (n=55)	11.72±6.57	14.49±5.94	t=4.348 p=0.000

Kontrol grubundaki kadınların Beck Depresyon Ölçeği ölçeği ön test puan ortalamasının 11.72±6.57, son test puan ortalamasının 14,49±5.94 olarak artış gösterdiği ve ön test - son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ölçek Puan Ortalamaları		
Ölçeğin Uygulama Zamanları	**Deney Grubu (n=55) X± SS**	**Kontrol Grubu (n=55) X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Ön Test	59.05±12.41	58.89±11.20	t=0.073 p=0.942
Son Test	63.89±10.81	54.01±10.28	t=:4.906 p=0.000

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ön test puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 59.05±12.41, kontrol grubundaki kadınlarda ise 58.89±11.20 olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Son test puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 63.89±10.81, kontrol grubundaki kadınlarda ise 54.01±10.28 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Deney Grubundaki Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları			
Grup	**Ön test X± SS**	**Son test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Deney Grubu (n=55)	59.05±12.41	63.89±10.81	t= -5.808 p=0.000

Deney grubundaki kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ön test puan ortalamasının 59.05±12.41, son test puan ortalamasının 63.89±10.81 olduğu ve ön test - son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.13. Kontrol Grubundaki Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ön test- Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları			
Grup	**Ön test X± SS**	**Son test X± SS**	**Test Değeri ve Önemlilik**
Kontrol Grubu (n=55)	58.89±11.20	54.01±10.28	t=4.044 p=0.000

Kontrol grubundaki kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ön test puan ortalamasının 58.89±11.20, son test puan ortalamasının 54.01±10.28 olduğu ve ön test - son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.14. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki

MÖYKÖ	Grup	MSDÖ	BDÖ	ÇBASDÖ
Vazomotor Alt Boyut	Deney	r=.493** p= .000	r=.450** p=.001	r=-.377** p=.005
	Kontrol	r=.587** p=.000	r=.300* p=.026	r=-.344* p=.010
Psikososyal Alt Boyut	Deney	r=.900** p=.000	r=.687** p=.000	r=-.575** p=.000
	Kontrol	r=.902** p.000	r=.613** p.000	r=-.692** p.000
Fiziksel Alt Boyut	Deney	r=.976** p=.000	r=.661** p=.000	r=-.573** p=.000
	Kontrol	r=.901** p=.000	r=.616** p=.000	r=-.701** p=.000
Cinsel Alt Boyut	Deney	r=.710** p=.000	r=.318* p=.018	r=-.258 p=.057
	Kontrol	r=.814** p=.000	r=.547** p=.000	r=-.580** p=.000

** $p<0.01$, * $p<0.05$

Deney ve kontrol grubundaki kadınların Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile

Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4. 14'de görülmektedir.

Deney ve kontrol grubunda Menopoz Semptomları Değerlendirme ve Beck Depresyon Ölçeği ile MÖYKÖ tüm alt alanlardan alınan puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$), ($p<0.05$). Buna göre, menopoz semptomları ve depresyon puan ortalamaları arttıkça MÖYKÖ alt alanlarından alınan puan ortalamaları artmıştır (Tablo 4. 14.).

Deney ve kontrol grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile MÖYKÖ "vazomotor", "psikososyal" ve "fiziksel" alt boyutlardan alınan puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$), ($p<0.05$). Buna göre, algılanan sosyal destek arttıkça MÖYKÖ alt alanlarından alınan puan ortalamaları azalmıştır (Tablo 4. 14.).

Deney grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile MÖYKÖ "cinsel" alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-.258$). Ancak puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile MÖYKÖ "cinsel" alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$).

5. TARTIŞMA

Menopozal dönemde meydana gelen vazomotor değişiklikler, ruhsal, ailesel ve toplumsal sorunların yanı sıra; kadın mortalite ve morbiditesinde önemli yer tutan osteoporoz ve kardio-vasküler hastalık insidanslarında da artış görülmektedir. [1- 3] Doğal menopozda görülenin aksine cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda bu süreç daha hızlı ve şiddetli gerçekleşmektedir. Çünkü kadınların çoğu, bedenlerinde menopoza ilişkin ne gibi değişiklikler olacağını, bunlara karşı nasıl önlemler alabileceklerini ve değişikliklerin normal olup olmadığını bilmemektedirler. [10, 11]

Yapılan araştırmalarda[14- 16] kadınların, menopoz konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, tedavi olmaya ve eğitim almaya gereksinimleri olduğu, bu dönemin sorunlarını yaşarken çevrelerinden destek görmedikleri, ciddi anlamda ruhsal ve bedensel sağlık sorunları yaşadıkları ve bu sorunların belirlenmesinde ve çözümünde yetişkin eğitimi plan ve uygulamalarının yararlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Cerrahi menopozdaki kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Deneysel çalışmalarda bağımsız değişkenin etkisinin anlaşılabilmesi için deney ve kontrol grubunda sonuç ölçümünü etkileyebilecek değişkenlerin kontrol altında tutulması önemlidir. Bu durum deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde karıştırıcı faktörler açısından eşlenikliği sağlanarak başarılabilir.[119] Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki kadınların benzer özellikte olduğu ve gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların Menopoz Semptomları Ölçeği ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak

önemsiz bulunmuştur (p>0.05). Bu bulgu, deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde benzer nitelikte olduğunu göstermektedir. Deney ve kontrol grubunun menopozal semptom son test puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.2) Rotem ve ark. tarafından, kadınlara uygulanan eğitim programlarının menopozal semptomları algılama ve başetmeye etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada, eğitim grubundaki kadınların, menopozal semptomlarla başetme yöntemlerini daha iyi kullandıkları yakınmaları kontrol grubundaki kadınlara göre daha az yaşadıkları belirlenmiştir (p<0.05).[120]

Eğitim ve menopozal yakınmalar arasında ilişkiyi saptamak amaçlı gerçekleştirilen bir çalışmada, deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, deney grubundaki kadınlara araştırmacılar tarafından verilen planlı eğitimin son test puan ortalamalarını etkilediği ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.[121]

MSDÖ tekrarlı ölçümlerinde deney grubunda menopoz semptomları puan ortalamasının operasyon sonrası 1. ayda en yüksek (20,16±6,53), operasyon sonrası 6. ayda en düşük (15,21±5,11) olduğu saptanmıştır. Deney grubunun tekrarlı ölçümleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki kadınların MSDÖ ön test puan ortalamasının 20.56±6.65, son test puan ortalamasının 23.47±5.58 olduğu ve ön test - son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.4).

Deney grubundaki kadınların menopozal semptomları son testte ön test bulgularına göre azalırken, kontrol grubunda artış göstermiştir. Bu bulgu deney grubundaki kadınlara verilen eğitimin etkinliği ile açıklanabilir.

Çalışmada verilen eğitimin kadınların menopozal semptom puanlarını azalttığı saptanmış ve menopozal dönemde yaşanan semptomlara yönelik verilen eğitimin semptomları azalttığını gösteren çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.[120, 121, 122] Bu sonuç

"Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitim cerrahi menopozdaki kadınların semptomlarında azalma sağlar." hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Bu bulgu, deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde benzer nitelikte olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki kadınlara yönelik Roy Adaptasyon Modeline göre evde bakım verildikten sonra "vazomotor", "psikososyal", "fiziksel" ve "cinsel" alt boyutlarında yaşam kalitelerinin yükseldiğini gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar, deney grubuna yapılan ev ziyaretleri ve eğitimin kadınların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Kontrol grubundaki kadınların ise bütün alt boyutlarda yaşam kalitelerinin giderek düştüğü saptanmıştır (Tablo 4.7).

Literatürde MÖYKÖ kullanılarak yapılan araştırmalar ile karşılaştırıldığında; "vazomotor", "psikososyal", "fiziksel" ve "cinsel" alt boyut puan ortalamalarının çalışmamızda daha yüksek olduğu saptanmıştır. [19, 123, 124, 125] Bu farklılığın hastane temelli örneklem ve çalışma dizayn farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu sonuç **"Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitim cerrahi menopozdaki kadınların yaşam kalitesini yükseltir."** hipotezini doğrulamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların Beck Depresyon Ölçeği ölçeği ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Bu bulgu, deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde benzer nitelikte olduğunu göstermektedir. Son test puan ortalamasında ise gruplar arasındaki fark

istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8.). Deney grubundaki kadınlara yönelik Roy Adaptasyon Modeline göre evde bakım verildikten sonra depresyon puan ortalamasında azalma gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise depresyon puan ortalamasında artış saptanmıştır (Tablo 4.8).

Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada kadınların %48.8'inin ameliyat sonrası psikolojik sorun yaşadığı tespit edilmiştir. [126] Menopozal dönemde verilen sağlık eğitimin etkilerini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada menopoza yönelik bilgi düzeyi yükseldikçe kadınların emosyonel açıdan kendilerini daha iyi hissettikleri ve sosyal açıdan daha rahat oldukları belirlenmiştir. [127]

Varma ve ark. yaptığı çalışmada hem doğal hem de cerrahi menopozun kadınlarda hafif şiddette depresyon ve anksiyete sorunlarını ortaya çıkardığını belirtmişlerdir. [77]

Çalışmada deney grubuna yapılan ev ziyaretleri ve hemşirelik bakımının cerrahi menopoz sonrası görülen depresyon düzeyini azalttığı saptanmış ve bu sonuç yapılan çalışmalar ile uyumlu değerlendirilmiştir (Tablo 4.8). [19, 127, 128]

Deney ve kontrol grubundaki kadınların Beck Depresyon Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu sonuç **"Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitim cerrahi menopozdaki kadınların depresyon düzeyinde azalma sağlar."** hipotezini doğrulamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Bu bulgu, deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde benzer nitelikte olduğunu göstermektedir. Son test puan ortalamasında ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Deney grubundaki kadınlara yönelik Roy Adaptasyon Modeline göre evde bakım verildikten sonra sosyal destek puan ortalamasında artış gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise sosyal destek puan ortalamasında azalma saptanmıştır (Tablo 4.12.)

Bu sonuçlar, deney grubuna yapılan ev ziyaretleri ve eğitimin cerrahi menopoz sonrası algılanan çok boyutlu sosyal desteği arttırdığını göstermektedir (Tablo 4.12.)

Karakuş'un menopoz döneminde kadınların yaşadığı sorunlar ve bunlara dayalı eğitim gereksinimlerini belirlediği nitel çalışmada; kadınların, menopoz konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, tedavi olmaya ve eğitim almaya gereksinim, bu dönemin sorunlarını yaşarken çevrelerinden destek görmedikleri, ciddi anlamda ruh ve beden sağlığı sorunları yaşadıkları ve bu sorunların belirlenmesinde ve çözümünde yetişkin eğitimi plan ve uygulamalarının yararlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların pek çoğu ruhsal açıdan tedavi ihtiyacı duyduğu ve bu durumun Cerrahi menopoz vakalarında artış gösterdiği saptanmıştır. [136]

Deney ve kontrol grubundaki kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu sonuç **"Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitim bakım cerrahi menopozdaki kadınların sosyal destek düzeyinde artış sağlar."** hipotezini doğrulamaktadır.

Menopoz Semptomları ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ile MÖYKÖ tüm alt alanlardan alınan puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, menopoz semptomları ve depresyon puan ortalamaları arttıkça MÖYKÖ alt alanlarından alınan puan ortalamaları artmakta ve bu yaşam kalitesinde düşme şeklinde yorumlanmaktadır (Tablo 4. 14)

Yaşam kalitesi ise bireyin hem fiziksel, hem de psikososyal fonksiyonlar açısından tam bir iyilik halinde olması anlamına gelmektedir.[17,18] Bu nedenle Menopozal semptom yaşayan ve depresyonu olan kadınların yaşam kalitelerinin düşük olması literatürle uyumlu bir sonuçtur.[19, 123, 124, 126, 129]

Juang ve ark. cerrahi menopozda östrojen eksikliği nedeniyle erken dönemde ve daha şiddetli hissedilen sıcak basması yakınmasının anksiyete ve depresyonu aşırı derecede arttırdığı, bu artış oranının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. [130]

Menopozal yakınmaların sıklığını ve bunların yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmalarda, menopozal yakınmaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.[131-135] Çalışmamızda benzer şekilde deney grubundaki kadınlara verilen Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen evde verilen bakımın menopozal yakınmaları ve bunlara yönelik duyulan endişeyi daha az hissetmelerini sağladığı ve yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olmasını sağladığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile MÖYKÖ "vazomotor", "psikososyal" ve "fiziksel" alt boyutlardan alınan puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$), ($p<0.05$). Buna göre, algılanan sosyal destek arttıkça MÖYKÖ alt alanlarından alınan puan ortalamaları azalmıştır (Tablo 4. 14). Kontrol grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile MÖYKÖ "cinsel" alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Buna göre, algılanan sosyal destek arttıkça MÖYKÖ "vazomotor", "psikososyal", "fiziksel" ve "cinsel" alt boyutlardan alınan puan ortalamaları azalmakta ve bu yaşam kalitesindeki artış olarak ifade edilmektedir.

Deney grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile MÖYKÖ "cinsel" alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (r=-.258). Ancak puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Yapılan çalışmalarda[14,16] histerektomi ile birlikte overlerin alınmasının östrojen eksikliğine bağlı ameliyat sonrası psikolojik sorunları artırdığı, cinselliği olumsuz etkilendiği ileri sürülmektedir. Cerrahi menopozdaki kadınların östrojen ile birlikte androjenlerin de azalmasına bağlı menopozal yakınmaları daha şiddetli ve uzun süreli yaşadıklarını ve buna bağlı cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Cinselliğin tabu olarak görülmesi, kadınların cinsel beklentileri, cinselliğe yönelik olumsuz yaklaşımlar, gizli kalmış cinsel sorunlar histerektomi sonrasında cinsel yaşantıyı olumsuz etkilemektedir. [14,16,73]

Menopozal dönemde sosyal desteğin iyi olmasını menopozu yaşama ve kabullenme, psikiyatrik morbidite geliştirmeme konusunda olumlu bir etken olarak kabul eden, ayrıca sosyal desteğin yetersiz olduğu olgularda belirti sıklığının arttığını tanımlayan bilgilerle uyumlu bulunmuştur.[138,139]

Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada cerrahi menopozlu olgularda anlamlı bulunmasa da doğal menopoz grubunda algılanan aile desteğinin artması durumunda menopozal belirti şiddetinin azaldığı bulunmuştur.[129]

Topçuoğlu ve ark. [61] yaptığı çalışmada doğal ya da cerrahi olsun sonuç olarak menopozun, fark olmaksızın kadınların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir.

Rotem ark. [120] tarafından, kadınlara uygulanan eğitim programlarının menopozal semptomları algılama ve başetmeye etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada,

uygulanan eğitimin, kadınları emosyonel olarak rahatlattığı, sosyalleştirdiği ve yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir.

Matthews ve Bromberger tarafından[137] menopozal geçiş yıllarının yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla 12 kesitsel 3 longitudinal çalışma üzerindeki incelemede kadınların kişisel özellikleri etkin olmakla birlikte birçoğunun menopozal yakınmaları yaşadığı fiziksel aktivitelerin azaldığı, stresle başetmede zorlandıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. İnceleme sonuçlarına göre kadınların menopoza yönelik eğitim programlarına katılmalarının, menopoza yönelik bilgi düzeylerinin yüksek olması ya da profesyonel destek almalarının yaşam kalitelerini yükselttiği saptanmıştır.

Hemşirelerin kadınların yaşam kalitelerini arttırmak için öncelikle yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptayıp, ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunması gerekmektedir. Bu araştırmada elde edilen bulguların, yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Roy tarafından tanımlanan adaptasyon modelinin cerrahi menopozda kullanımı kadınların ihtiyaçlarını belirlemede çatı oluşturmuş ve modele göre hazırlanmış eğitim kadınların baş etme mekanizmalarını güçlendirerek uyaranlarla mücadele ve uyumu kolaylaştırmıştır. Eğitim sonrası cerrahi menopozdaki kadınların menopozal semptomlarını ve depresyon düzeyleri azalmış, sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinde artış saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi menopozdaki kadınlara Roy Adaptasyon Modeli'ne göre evde verilen eğitimin menopozal semptom kontrolü, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla ön test son test kontrol gruplu, yarı deneme modeli olarak gerçekleştirilen çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitimin;

* Cerrahi menopozdaki kadınların semptomlarında önemli oranda azalma sağladığı.

* Cerrahi menopozdaki kadınların depresyon düzeyinde önemli oranda azalma sağladığı.

* Cerrahi menopozdaki kadınların sosyal destek düzeyinde önemli oranda artış sağladığı

* Cerrahi menopozdaki kadınların yaşam kalitesini önemli oranda yükselttiği belirlenmiştir.

Bu sonuçları doğrultusunda:

- Cerrahi menopozdaki kadınların menopozal semptomlarını ve depresyon düzeylerini azaltmak, sosyal destek ve yaşam kalitelerini geliştirmek için konuyla ilgili eğitimin evde de devam etmesi,
- Hemşirelerin kadınların yaşam kalitelerini arttırmak için öncelikle yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptayıp, ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunması,
- Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde menopozal semptom kontrolü, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesi konularına yer verilmesi ve

ebe ve hemşirelerin ev ziyaretlerinde kadınları değerlendirerek bu konularda danışmanlık yapmaları,

- Ev ziyaretleri sırasında Roy Adaptasyon Modeline göre hazırlanan ve tezin ekinde sunulan eğitim kitapçığından yararlanılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Aslan D (editör). Halk *Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar,* Ankara, Grafker Matbaası, 2009:80-85.
2. Şahin HN. *Bir Kilometre Taşı: Menopoz,* İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları, İstanbul, 1998.
3. Kadayıfçı O. *Klimakterium Premenopoz Menopoz Postmenopoz Senium İkinci Bahar,* İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006: 26-32.
4. Ertungealp E, Seyisoğlu H. Klimakterium ve Menopoz. İçinde: Kişnişci HA (editör). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara, Güneş Kitapevi, 1996: 1319-1351.
5. Speroff L. Menopause and Postmenapausal Hormone Therapy. In: Glass RH, Kasa NG, Speroff L (eds). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Baltimore, 5th ed. Williamsand Wilkins,1996: 583-649.
6. Yıldırım A. Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler. İçinde: Hassa H (editör). *Klinik Menopoz*. İstanbul, Orgonan Yayınları, 1996:1-12.
7. Sherman RM, West JH, Korenman SG. The menopausal transition, analysis of LH, FSH, Estrodial and Progesterone consentration during menstrual cycles of older woman. *Clinical Endocrinology and Metabolism* , 1990, 42: 629-636.
8. Atasü T, Şahmay S. Klimakterium ve Menopoz. İçinde: Atasu T, Şahmay S (editörler). *Jinekoloji (Kadın Hastalıkları).* Ankara, Universal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık AŞ, 1996: 635-648.
9. Bates GW. Menopause. In: Riulin ME, Marrison JC, Bates GW (Eds). *Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology.* Boston, Little Brown and Co, 1990: 390-393.

10. Bellino FL, Wise PM. Human Primate Models of Menopouse Workshop. Biol Reprod, 2003. 68: 8-10.

11. Tüzin F, Tüzin S. Postmenopozal Osteoporozda Egzersiz. İçinde: Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz*. İstanbul, Form Reka Hizmetleri, 2000: 452-462.

12. Pearce MJ, Hawton K. Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Baillieres Clinical Obstetrics Gynaecology,* 1996, 10: 385-399.

13. Schwarz S, Völzke H, Alte D. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in Pomerania (SHIP). *Menopause,* 2007, 14: 123 -134.

14. Saylam M. Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınlara Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlık Hizmetinin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Sorunlara Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.

15. Karakuş E. Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.

16. Karazeybek EA, Özbayır T. Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21: 1-11.

17. Işık A. Hayat Kalitesi (Quality Of Life) Kavramının Felsefik Temelleri, Aristo, Bentham ve Nordenfelt. [Serial online]. 2007. http://www.sabem.saglik.gov.tr /Akademik_ Metinler/linkdetail aspx?id=2593. 2 Şubat 2013.

18. Topçuoğlu D, Topçuoğlu MA. Menopozda cinsel yaşamın organik ve psikolojik yönü, *Haseki Tıp Bülteni*, 2004, 42: 177- 182.

19. Kharbouch, S.B. ve Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 15: 82-90.

20. Subaşı N, Öztek Z. Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim, evde bakım hizmeti, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2006, 5 :19-30.

21. Fadıloğlu Ç. Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi, İçinde: Fadıloğlu Ç, Doğan F, Ertem G (editörler). *Evde Bakım Kitabı*, İzmir, Meta Basım Matbaacılık, 2006.

22. Altınsoy N. Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri ile İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 1999.

23. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar.* İstanbul, Alaş Ofset, 1999.

24. Alligood MR, Tomey AM. Nursing theory utilization & application, *Mosby Company,* USA, 2002: 289-315.

25. Newman DM. Responses to caregiving: a reconceptualization using the Roy Adaptation Model. *H*olistic *Nursing* Practice, 1997, 12: 80-88.

26. Hana DR. Using the Roy Adaptation Model in management of work groups. *Nursing Science Quarterly*, 2006, 19:226-227.

27. Lamb MA, Sheldon TA. The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer Practice*, 1994, 2: 103-113.

28. Legault FM. Adaptation Within the Role Function and Self-Concept Modes Among Women During the Postpartum Period. Masters Thesis, D'Youville College, 1991.

29. Thornbury JM, King LD. The Roy Adaptation Model and care of person with alzheimer's disease. *Nursing Science Quarterly*,1992, 5: 129-133.

30. Gagliardi BA. The experiences of sexuality for individuals living with multiple sclerosis. *Clinical Nursing*, 2003, 12: 571-578.

31. Gagliardi BA, Frederickson K, Shanley DA. Living with multiple sclerosis: A Roy adaptation model based study. *Nursing Science Quarterly*, 2002, 15: 230-236.

32. Zeigler L, Smith PA, Fawcett J. Breast cancer: evaluation of the common journey breast cancer support group. *Clinical Nursing* 2004, 13: 467-478.

33. DeSanto-Madeya S. Adaptation to spinal cord injury for families one year and three years post-injury. *Nursing Science Quarterly*, 2009, 21 :135-141.

34. DeSanto-Madeya S, Fawcett J, Toward understanding and measuring adaptation level in the context of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 2009, 22: 355-359.

35. Moreno ME, Duran MM, Hernandez A. Nursing care for adaptation. *Nursing Science Quarterly* , 2009, 22:67-73.

36. Hannon-Engel SL. Knowledge development: The Roy Adaptation Model and bulimia nervosa. *Nursing Science Quarterly*, 2008, 21: 126-132.

37. Dobratz MC. Moving Nursing Science Forward Within the Framework of the Roy Adaptation Model. Nursing Science Quarterly, 2008, 21:255-259.

38. Denise A, Cunningham RN. BScN application of Roy's Adaptation Model when caring for a group of women coping with menopause. *Community Health Nursing*, 2002. 19: 49-60.

39. Akyil RC, Erguney S. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Advanced Nursing,* 2013, 69:1063-75.

40. Apay ES. Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve

Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.

41. Vicdan KA. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010 3:106-118.
42. Öztürk S. Roy Adaptasyon Modeline Göre Pospartum Dönemdeki Annelere Verilen Eğitimin Anne Duyarlılığına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
43. İsbir GG, Mete S. Nursing Care of Nausea and Vomiting in Pregnancy: Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 2010, 23: 148– 155
44. Atasü T, Gezer A. Menopoz Tanım ve Terminolojisi. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (Editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:13-27.
45. World Health Organization Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 866. Geneva, 1996.
46. Amore M, Donato PD, Berti A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, Zucchini S. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas*, 2006: 56:303-311.
47. Hidayet NM, Sharaf SA, Aref TA, Tawfik TA. Moubarak II correlates of age at natural menopause: a community-based study in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal,* 1999, 5:307-319.
48. Kazerooni T, Talei AR, Sadeghi-Hassanabadi A, Arasteh MM, Saalabian J. Reproductive behaviour in women in shiraz, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000, 6: 517-521.

49. Şahin HN, Coşkun A. The Menopausal Age, Related Factors and Climacteric, Complaints in Turkish Women. *Revista Referenc'a*, 2007,4: 91-99.

50. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.* Ankara, 2009.

51. http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3712&sayfa=giris&metod=IlgiliGosterge 26.10.2011.

52. Atasü T. Yaşlanma ve Mepozun Meydana Gelişi, İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (Editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:35-47

53. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2009: 451-46.

54. Jones NL, Judd HL. Menopause&Postmenopause. İn. DeCherney AH, Nathan L (eds). *Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment,* 9th ed. United States of America, The McGraw-Hill Companies, 2003: 1018-1040.

55. Dormire SL. What we know about managing menopausal hot flashes: navigating without a compass. *JOGNN Principles & Practice*, 2003, 32: 4.

56. http://www.tusak.saglik.gov.tr/ saglik_istatistikleri2008= 4.06.2012

57. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf =5.3.2012

58. Türkiye İstatistik Kurumu. *Sağlık Araştırması 2010,* http://sbu.saglik.gov.tr /Ekutuphane/kitaplar /saglikistatistikleriyilligi2010.pdf =7.03.2012

59. Sağlık Bakanlığı, *Herkese Sağlık-Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21)*, Ankara, Barok Matbaacılık, 2001, 70-1

60. Kökçü A, Çetinkaya MB. Menopozun seksüel aktiviteye etkisi, *Sendrom,* Eylül, 2004.

61. Topçuoğlu A, Koç Ö, Duran B, Dönmez M. Cerrahi ve Doğal Yolla Menopoza Giren Kadınların Anksiyete ve Depresyon Açısından Karşılaştırılması. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,* İstanbul, 2009, 2:43.

62. Atasü T, Tekin H. Menopozun Semptomları. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:95-109.

63. Bilgin Zİ, Bilgin O. Menopoz ve Deri. İçinde: Ertüngealp E., Seyisoğlu H(editörler). *Menopoz ve Osteoporoz*, 1.Baskı, İstanbul Form Reklam Hizmetleri, 2000:90-95.

64. Durmuşoğlu F, Erenus M. Nörovejatif Semptomlar, İçinde: Ertüngealp E., Seyisoğlu H(editörler). *Menopoz ve Osteoporoz*, 1.Baskı, İstanbul Form Reklam Hizmetleri, 2000:23-27.

65. Weber GG. Cross-cultural menopause: a study in contrast. In: Stewart DE, Washington DC, Robinson GE (eds). *A Clinician's Guide to Menopause*., American Psychiatric Press, 1997 : 45-61.

66. Sağsöz N, Oğuztürk O, Bayram M, Kamacı M. Anxiety anddepression before and after the menopause. *Archives of Gynecology and Obstetrics,* 2001, 264:199-202.

67. Paoletti AM, Floris S, Mannias M. Orru M, Crippa D, Orlandi R, Zompo M, Melis GB. Evidence thatcyproterone acetate improves psychological symptoms andenhances the activity of the dopaminergic system in postmenopause. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2001, 86:608-612.

68. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, Sommer B, Cordal A, Powell L,Ganz PA, Sutton-Tyrrell K. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Public Health,* 2001, 91:1435-1442.

69. Takamatsu K, Kasuga M, Makita K, Nozava S. Evaluation of depressive conditions among Japanese patients at a menopause clinic. *Obstetrics* and *Gynaecology*, 2004, 30:42-47.

70. Çıkar Ö A. Doktor Kontrolünde Olan veya Olmayan Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kaliteleri Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Maltepe Üniversitesi, 2008.

71. Topçuoğlu D, Topçuoğlu MA. Menopozda cinsel yaşamın organik ve psikolojik Yönü. *Haseki Tıp Bülteni*, 2004, 42: 177- 182.

72. Kinnick V, Leners D. The Hysterectomy Experience, an ethnographic study,. *Journal of Holistic Nursing*, 1995, 13: 142-154.

73. Makınen J, Tenho T, Kıılholma P,Tkanen Y, Hırnoven. The effect of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms, *British Journal Of Urology,* 1993, 72:868-872.

74. Vicki SH. Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 2003, 12: 25–31.

75. Khorshıd L ve Arslan GG. Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim,* 2006, 81(1): 182-188.

76. Helman EA, Stewart C. Social support and the elderly client. *Home Health Nursing,* 1994; 12:51-60.

77. Varma SG, Oğuzhanoğlu KN, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki, *Klinik Psikiyatri,* 2005, 8:109-115.

78. Ayaz S, Efe SY, Korukoglu S. Jinokolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri*, 2008, 28:880–885.

79. Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7:48-58.

80. Bozkurt ÖD. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.

81. Pınar G, Algıer L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008, 3:141-9.

82. Fadıloğlu Ç. Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi. İçinde: Fadıloğlu Ç, Doğan F, Ertem G (editörler). *Evde Bakım Kitabı*, İzmir, Meta Basım Matbaacılık, 2006.

83. Subaşı N, Öztek Z. Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2006, 5:19-30.

84. Öztek Z, Kubilay G. *Evde Hasta Bakımı Toplum Sağlığı Hemşireliği Kitabı*, 3.Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık, 2005:156-168.

85. Aydın D. *Evde Bakım Hizmetleri Kitabı,* Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları, Başak Matbaası, 2005.

86. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 25751,10 Mart 2005.

87. Doğan F. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri ve Sağlık Politikamızdaki Yeri. İçinde: Fadıloğlu Ç, Doğan F, Ertem G (editörler). *Evde Bakım Kitabı*, İzmir, Meta Basım Matbaacılık, 2006:1-5.

88. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi,* 2010, 11:125-32.

89. Altunbay D. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin:Mersin Üniversitesi, 2005.

90. Oskay Ü, Klimakteruim döneminde cinsellik. *İstanbul Üniversitesi H.Y.O. Hemşirelik Dergisi,* 2004:52.

91. Oskay Ü, Klimakterik dönemdeki kadınlarda cinsel sağlığın geliştirilmesi, *Hemşirelik Bülteni*, 2000: 12- 46.

92. Hekim N. Menopozun Oluşumu ve Devamındaki Endokrinolojik Değişiklikler ve Getirdiği Sorunlar. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:47-63.

93. Xu J, Bartoces M, Neale AV, Dailey RK, Northrup J, Schwartz KL. Natural history of menopause symptoms in primary care patients: a metronet study. *The Journal Of The American Board Of Family Practice,* 2005, 18: 374-82.

94. Şahin NH, Klimakterik Dönemde Beslenme. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale HYO Hemşirelik Dergisi.* 2001, 12-47.

95. Yağmur Y**,** Şahin NH. Osteoporozun önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale HYO Hemşirelik Dergisi.* 2006: XIV; 115-123

96. Demir Ü, Ertem G. Menopoz ve cinsellik. *Hemşirelik Formu Dergisi*, 2001, 4 :11.

97. Sowers MR. Menopause and midlife health changes. In: Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S (eds). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 6th ed. New York: McGraw Hill, 2009: 557-66.

98. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. Çeviri: Ayhan A, Bozdağ G. 10. baskı Ankara, Palme Yayıncılık, 2002 :43-754.

99. Yalçın ÖT. Ürojinekolojik Değerlendirme. İçinde: Güner H (editör). Ürojinekoloji, Ankara, Atlas Kitapçılık, 2000:37-60.

100. Atasü T, Benian A. Menopoz ve Kemik Sistemi İlişkisi. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:311-357.

101. Schneider HPG, MacLennan AH, Feeny D. Assessment of health-related quality of Life in menopause and aging. Climacteric, 2008,11:93–107.

102. Biberoğlu S. Osteoporoz Patogenezi. Gökçe-Kutsal Y (editör). *Osteoporoz*. 2. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2005: 37-60.

103. Garcia-Perez MA, Moneno-Mercer J, Tarin JJ, Cano A. Bone turnover markers and PTH levels in surgical versus natural menopause. *Calcif Tissue Int,* 2004, 74: 143- 9.

104. Dinç A, Eryavuz M, Özenoğlu A, Can G. Peri ve postmenopozal kadınlarda diyetin kemik mineral yoğunluğu üzerine etkisi, *Osteoporoz Dergisi*, 2002, 3: 52-56.

105. Dilsen G. Osteoporoz. Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz.* 1. Baskı, İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 2000:347-366.

106. Aydın İ, Kocatürk B. Histeroktomi ameliyatı geçiren kadınların depresyon düzeyleri ve evde bakım gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu*, 2005, 2:50-54.

107. Deeks AA, McCabe MP. Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopousal Women, *Qual Life Research*, 2004, 13:389-98 .

108. Creidi P, Faivre B, Agache P, Richard E, Haudiquet V, Sauvanet JP. Effect of a conjugated oestrogen (Premarin) cream on ageing facial skin a comparative study with a placebo cream. *Maturias*.1994, 19:211-23.

109. Tortumluoğlu G. Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslarası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, ISSN: 1303-5134

110. Oz F. Benlik kavramı. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. 1. Baskı. Ankara: İmaj iç ve Dış Ticaret, 2004: 91-100.

111. Anne K. Sexuality after hysterectomy. *Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing,* 2001, 30: 472-480.

112. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International Versions Of The Menopause Rating Scale (MRS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003, 1:28.

113. Gürkan ÖC. Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği, *Hemşirelik Forumu*, 2005. Sayı: Mayıs-Haziran 30–35.

114. Beck AT, Ward CH, Mehdelson M, Mosk J, Erbaugh J. An inventory for measuring depresssion, *Arch Gen Psychiatry*, 1961, 4:561-571.

115. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite ögrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989, 7:3-13.

116. Zimet GN, Dahlem S, Zimet ve G. Farley. The multidimensional scale of perceived social support. *The Journal Of Personality Assesment*, 1988, 52: 30.

117. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin Faktör Yapısı, geçerlik ve güvenirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995, 10:45-55.

118. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, Maris BV, Ross A, Franssen E, Guyatt GH, Norton PG, Dunn E. A Menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties, *Maturitas*, 1996, 24:161-175.

119. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu NO, Ed. Erefe İ. *Hemşirelikte Araştırma Süreç ve Yöntemler,* Odak Ofset, 2002: 65-68.

120. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 2005, 34:233-40.

121. Güler H, Taşkın L. Histerektomi ameliyatı Sonrasında Ortaya Çıkan Sorunlarla Başetmede Planlı Öğretimin Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5: 9-18.

122. Pak Ö. Histerektomi Öncesi ve Sonrası Kadınlara Verilen Eğitimin Psikoseksüel Sorunlar Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.

123. Ceylan B. Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40- 59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2010.

124. Timur S, Şahin HN. Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: A population-based study, Maturitas, 2009, 64:177-181.

125. Soares CN, Joffe H, Rubens R, Caron J, Roth T, Cohen L. Eszopiclone in patients with ınsomnia during perimenopause and early postmenopause: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2006, 108:1402-1410.

126. Esen E, Çam O, Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 2006. 22: 107-117.

127. Hunter M, O'Dea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. Patient Education and Counseling, 1999, 38:249-55.

128. Keskinoğlu P, Özkul Ö, Ayan R, Norgaz G, Giray H, Kılıç B. İzmirde bir sağlık ocağı bölgesinde 50-54 yaş arası kadınlarda menopoz durumu ile diğer etmenlerin depresyon görülme sıklığına etkisi. *Sted* , 2006, 15: 31-36.

129. Karlıdere T, Özşahin A, Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri,* 2008, 11:159-166.

130. Juang KD, Wang SJ, Lu SR, Lee SJ, Fuh JL. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri- and post- but not premenopausal women. Maturitas., 16;52:119-26, 2005.

131. Schnatz PF, Banever AE, Greene JF, O' Sullivan DM. Pilot study of menopause symptoms in a clinic population. *Menopause*, 2005, 12:623-9.

132. Peeyananjarassri K, Cheewadhanaraks S, Hubbard M, Zoa Manga R, Manocha R, Eden J. Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric,* 2006, 9: 23-9.

133. Oldenhave A, Jaszmann JBL, Haspels AA, Everaerd WAM. Impact of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1993, 168: 772-780.

134. Özkan A. Cerrahi Yolla Menopoza Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına ve Yaşam Kalitesine Etkisi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maramara Üniversitesi, 2006.

135. Daly E. Gray A, Barlow D, McPherson K, Roche M, Vessey M. Measuring the impact of menopausal symptom on quality of life. *British Medical Journal*, 1993, 307:836-4.

136. Karakuş E. Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.

137. Matthews KA, Bromberger JT. Does the menopausal transition affect health-related quality of life?. *American Journal of Medicine,* 2005, 118:25-36.

138. Schwarz S, Völzke H, Alte D. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in pomerania . *Menopause,* 14:123-134.

139. Li Y, Yu Q, Ma L, Sun Z, Yang X. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas*, 2008, 20;61:238-242.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı	: Nuran MUMCU BOĞA
Doğum	: 30.10.1981
Doğum	: Ankara
Medeni	: Evli, 1 çocuk
Uyruğu	: T.C.
Adres	: 19 Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Samsun
Tel	: 0 362 312 19 19 / 6356
Faks	: 03624576926
E-mail	: nuranmb@omu.edu.tr
Eğitim	
Lise	: Sincan Lisesi (1998)
Lisans	: 19 Mayıs Üniversitesi, Samsun Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü (1998-2002)
Yüksek lisans	: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2002-2004)
Doktora	: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2009-2013)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	: Orta derecede
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Türk Hemşireler Derneği Türk Ebeler Derneği	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Tiyatro, Kişisel Gelişim Kitapları, Tasarım ve Doğa sporları	

EK-2. SORU FORMU

1. Bölüm –Tanıtıcı Özellikler

1) Kaç Yaşındasınız?.....

2) Eğitim düzeyiniz nedir?

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite

3) Mesleğiniz nedir?

a) Çalışmıyor- Ev Hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek e) Emekli

4) Eşiniz kaç yaşında?.....

5) Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite

6) Eşinizin mesleği nedir?

a) Memur b) İşçi c) Serbest meslek d) Emekli

7) Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek b)Geniş (aile üyelerini belirtiniz…….……)

8) Ailenizin maddi durumu:

a) Gelir Gidere Denk b) Gelir Giderden Fazla c) Gelir Giderden Az

9) Sosyal güvenceniz:

a) Var b) Yok

10) Yaşayan çocuk sayınız: …….

11) Birlikte yaşadığınız çocuk sayısı: ……

12) Boy: …….Kilo:……..BKİ:……

13) Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet (günde.....adet) b) Hayır

14) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

15) Menopozal döneme yönelik bilgi aldınız mı?

a) Evet (16. Soruyu cevaplayınız.) b) Hayır

16) Menopozal döneme yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız?

17) Menopoz sizin için ne ifade ediyor? (Birden fazla yanıt verilebilir.)

a) Doğal, normal bir süreç olarak

b) Kadınlık özelliklerinin yok olması

c) Üretkenliğin bitmesi

d) Yaşlandığını hissetme

e) Cinselliğin azalması / bitmesi

f) Diğer (Açıklayınız……..)

2. Bölüm –Cerrahi Menopoza Adaptasyon Formu

Fizyolojik Alana Yönelik Adaptasyon	**Her Zaman**	**Çoğunlukla**	**Bazen**	**Hiç**
1. Sıcak basması yaşıyor musunuz?				
2. Terleme nöbetleri yaşıyor musunuz?				
3. Yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?				
4. Kilonuza dikkat eder misiniz?				
5. Sigara içiyor musunuz?				
6. Alkol kullanıyor musunuz?				
7. Günlük 6-9 bardak sıvı alır mısınız?				
8. Sık idrara çıkıyor musunuz?				
9. İdrar yaparken ağrı, yanma, sızı oluyor mu?				
10. Gülerken, hapşırırken, öksürürken idrar kaçırıyor musunuz?				
11. Yeterli ve sağlıklı uyur musunuz?				
12. Gün içinde uyuma ihtiyacı hissediyor musunuz?				
13. Günlük aktivitelerinizi yerine getirebiliyor musunuz?				
14. Her gün düzenli olarak egzersiz yapabiliyor musunuz?				
15. Cinsel ilişkide zorluk yaşıyor musunuz?				
16. Kalp atışlarınız düzenli midir?				
17. Solunumuz düzenlimidir?				
18. Kas-eklem ağrılarınız oluyor mu?				

Benlik Kavramı Alanına Yönelik Adaptasyon	**Her Zaman**	**Çoğunlukla**	**Bazen**	**Hiç**
19. Kendinizi menopozla baş edebilecek kadar güçlü hissediyor musunuz?				
20. Bedeninizi eskisi kadar güzel buluyor musunuz?				
21. Kendinizle ilgilenebiliyor musunuz?				
22. Gelecekteki planlamalarınız açısından menopozun olumsuz bir etkisi var mı?				
23. Bu durum kendinize olan saygınızı azalttı mı?				
24. Ruh halinizde değişiklik yaşıyor musunuz?				
25. Hafıza sorunu/unutkanlık ve konsantrasyon zorluğu yaşıyor musunuz?				
26. Dini ibadetlerinizi yerine getiriyor musunuz?				

Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon	**Her Zaman**	**Çoğunlukla**	**Bazen**	**Hiç**
27. Kendinize vakit ayırabiliyor musunuz?				
28. Kendinizi eskisi kadar değerli hissediyor musunuz?				
29. Eşinize vakit ayırabiliyor musunuz?				
30. Eşinizi eskisi kadar seviyor musunuz?				
31. Menopoz ailenizle vakit geçirmenizi ve ilgilenmenizi engelliyor mu?				
32. Bakımından sorumlu olduğunuz kişilere (çocuk, anne, baba, eş) gereken ilgiyi gösterebiliyor musunuz?				
33. Arkadaşlarınızla eskisi gibi görüşüyor musunuz?				
34. Ev işlerinizi eskisi gibi yapabiliyor musunuz?				
35. Dışarıdaki işlerinizi (alışveriş-fatura ödeme) eskisi gibi yapabiliyor musunuz?				
36. İşinizi eskisi gibi iyi yapacak kadar güçlü müsünüz?				
37. İşinizi eskisi gibi iyi yapamayacağınız için endişeleniyor musunuz?				
38. Kendinizle ilgili kararları verebiliyor musunuz?				
39. Ailenizde alınan kararlara katılıyor musunuz?				
40. Geleceğe yönelik hedefleriniz var mı?				

Karşılıklı Bağlılık Alanına Yönelik Adaptasyon	**Her Zaman**	**Çoğunlukla**	**Bazen**	**Hiç**
41. Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?				
42. Çevrenizdeki insanlarla rahatlıkla iletişim kurabiliyor musunuz?				
43. Eşinizle ilişkiniz eskisi gibi mi ?				
44. Eşinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?				
45. Eşinizle menopoz durumunuzu paylaştınız mı?				
46. Menopozla baş edebilmek için eşiniz size destek oluyor mu?				
47. Ailenizle ilişkiniz eskisi gibi mi?				
48. Ailenizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?				
49. Ailenizle menopoz durumunuzu paylaştınız mı?				
50. Menopozla baş edebilmek için aileniz size destek oluyor mu?				
51. Arkadaşlarınızla ilişkiniz eskisi gibi mi?				
52. Arkadaşlarınızla eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?				
53. Arkadaşlarınızla menopoz durumunuzu paylaştınız mı?				
54. Menopozla baş edebilmek için arkadaşlarınız size destek oluyor mu?				
55. Eşinizin sizi anladığını düşünüyor musunuz?				
56. Arkadaşlarınızın sizi anladığını düşünüyor musunuz?				
57. Ailenizin sizi anladığını düşünüyor musunuz?				
58. Eşinizle duygularınızı/sorunlarınızı paylaşır mısınız?				
59. Arkadaşlarınızla duygularınızı/sorunlarınızı paylaşır mısınız?				
60. Ailenizle duygularınızı/sorunlarınızı paylaşır mısınız?				

EK-3. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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 kaçırma)					
10. Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)					

EK-4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 çeşit seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işaretini koyunuz.

1)	a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. b) Kendimi üzgün hissediyorum sanmıyorum. c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2)	a) Gelecekten umutsuz değilim. b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum. c) Gelecekten beklediğim hiç bir şey yok. d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3)	a) Kendimi başarısız görmüyorum b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum. d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4)	a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6)	a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum. b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum. c) Cezalandırılmayı bekliyorum. d) Cezalandırılacağımı hissediyorum.
7)	a) Kendimden hoşnutum. b) Kendimden pek hoşnut değilim. c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum d) Kendimden nefret ediyorum.
8)	a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim d) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
10)	a) Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum. b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum. c)Şu sıralarda her an ağlıyorum. d) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11)	a) Her zamankinden daha sinirli değilim b) Her zamankinden daha kolayca sinirlenebiliyorum ve kızıyorum. c) Çoğu zaman sinirliyim. d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.	
12)	a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim. b)Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim. c)Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim. d)Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.	
13)	a) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum. b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum. c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d) Artık hiç karar veremiyorum.	
14)	a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum. b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum. c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum. d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.	
15)	a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor. c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum. d) Hiçbir iş yapamıyorum.	
16)	a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum. b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum. c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum. d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.	
17)	a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum. b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum. c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum	
18)	a) İştahım eskisinden pek farklı değil. b) İştahım eskisi kadar iyi değil. c) Şu sıralarda iştahım epey kötü d) Artık hiç iştahım yok.	
19)	a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.	Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet O Hayır O
20)	a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor. b) Son zamanlarda ağrı, sizi, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor. d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.	
21)	a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok. b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim. d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.	

EK-5. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10.Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-6. MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen her bir sorun için **geçen ay** bir sorun yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Sorunu yaşamadıysanız Yok'u; eğer sorunu yaşadıysanız Var'ı işaretleyip, sorundan ne derece rahatsız olduğunuzu daire içine alınız.

Hiç rahatsız edici değil _____ Son derece rahatsız edici

0 1 2 3 4 5 6

1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
2. Gece terlemesi	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
3. Terleme	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
4. Hayatından memnun olmama	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
5. Endişeli ve gergin hissetme	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
6. Hafızada zayıflama	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
8. Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma)	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
10. Yalnız kalma isteği	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
12. Kas ve eklemlerde ağrı	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6

14. Uyuma güçlüğü	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
16. Fiziksel güçte azalma	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
17. Dayanma gücünde azalma	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
18. Enerjide azalma hissi	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
19. Ciltte kuruluk	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
20. Kilo alma	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
21. Yüz tüylerinde artma	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
23. Şişkinlik hissi	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
24. Bel ağrısı	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
25. Sık idrara çıkma	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
27. Cinsel istekte değişiklik	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada kuruluk	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6
29. Cinsellikten kaçınma	□ Yok □ Var	0 1 2 3 4 5 6

EK-7. ARAŞTIRMA İZİN BELGELERİ

T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARAŞTIRMA BİLGİ SİSTEMLER VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	
Sayı	28796
Tarih	31.10.2012

Sayı :B.10.4.ISM.4.55.12-770-621

Konu :Nuran MUMCU BOĞA'nın
Doktora Tez Çalışması.

VALİLİK MAKAMINA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun Sağlık Yüksek Okulunda Öğretim Görevlisi olarak görev yapan ve aynı zamanda Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında da Doktora Programı Öğrencisi olan Nuran MUMCU BOĞA'nın "Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Bakımın Semptom Kontrolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını, Hastanemiz hizmetlerini aksatmayacak şekilde ve gönüllülerle yapması ayrıca çalışma sonuçlarını Kurumumuzun onayı olmadan ilan etmemesi kaydıyla, Müdürlüğümüz Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapabilmesi hususunu,

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Yusuf KÖKSAL
İl Sağlık Müdür V.

...../10/2012

O L U R

Halık ŞİMŞEK
Vali a.
Vali Yardımcısı

İstiklal Cd. Ulugazi Mah. Sağlık Müdürlüğü Kat.1
Telefon : (0 362) 444 51 12/283
e-posta : samsun@saglik.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin :Ş.G.YILMAZ
Faks : (0 362) 435 36 09
Elektronik Ağ : www.samsun.saglik.gov.tr

20790

08.

T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARAŞTIRMA BİLGİ SİSTEMLERİ VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	
Sayı	29451
Tarih	06.11.2012

Sayı : B.10.0.ISM.4.55.05-900-638

Konu : Nuran MUMCU BOĞA'nın
Doktora Tez Çalışması.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Yüksek Okulunda Öğretim Görevlisi olarak görev yapan Nuran MUMCU BOĞA'nın "Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Bakımın Semptom Kontrolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez Çalışmasını, Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yapabilmesi ile ilgili alınan Valilik Oluru Ekte gönderilmiştir. Söz konusu personele tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Yusuf KÖKSAL
İl Sağlık Müdür V.

EK:1

07692
P.D. Basına
09.11.2012

Adres:Ulugazi mah. İstiklal Cad. No:46 55030 İlkadım/SAMSUN
Tel:(0362) 444 51 12-283
Faks:(0362) 435 36 09

Ayrıntılı bilgi için irtibat: E.METİN

EK-8. ETİK KURUL ONAY FORMU

"2012. 2.25 "SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 08.05.2012

2/25 -Enstitümüz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Nuran MUMCU BOĞA' nın **" Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Bakımın Semptom Kontrolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi"** tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	**Katılmadı**
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr.Ahmet YILDIZ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	**Katılmadı**
Doç. Dr.Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAYGIN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi ve Raportör	

EK-9. TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI
(Tez başlığı değişiklik önerisi olanlar için)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı	: Nuran MUMCU BOĞA	**Danışmanı**	: Doç. Dr. Dilek KILIÇ
Programı (Fakülte/Y.Okul)	: Sağlık Bilimleri Fakültesi	**Ortak Danışman**	: .....
Anabilim Dalı	: Halk Sağlığı Hemşireliği		
Tezin Türü	: ☐ **Y. Lisans** ☒ **Doktora**		

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 21/11/2013 ve "2013.39.1/b" sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, "Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Bakımın Semptom Kontrolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı ~~yüksek lisans~~ **/ doktora tezini** incelemiş ve adayı 06/12/2013 tarihinde, saat 14:00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ... **ay ek süre** verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,

☐ ancak konu ve içeriği değişmeksizin tez başlığının "Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Menopozal Semptom Kontrolü, Depresyon, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesine Etkisi" olarak düzenlenmesine,

☒ **OY BİRLİĞİ** ☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	:Doç Dr. Dilek KILIÇ	
Üye	:Prof. Dr. Behice ERCİ	
Üye	:Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI	
Üye	:Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU	
Üye	:Yrd. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL	

EK-10. EĞİTİM KİTAPÇIĞI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

"MENOPOZLA UYUMLU YAŞAMANIN YOLLARI"

NURAN MUMCU BOĞA

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Hazırlayan
Nuran Mumcu Boğa

Kapak Tasarım
Nuran Mumcu Boğa

Basım Yılı
2012

ÖNSÖZ

Menopoz tüm kadınlar için evrensel ve kaçınılmaz bir süreçtir. Kadınlar bu dönemde biyolojik, psikolojik, sosyal ve bazen toplumsal değişikliklerle karşılaşırlar. Yine bu değişiklikler yaşamın ileriki döneminde kronik hastalıkların gelişmesine ve sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda bu süreç daha hızlı ve şiddetli gerçekleşmektedir

Yaşamın her döneminde olduğu gibi menopoz sonrası dönemde de sağlığın koruması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yaşam kalitesi açısından önem taşımaktadır.

Kadın hayatının büyük bir kısmını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık eğitimi büyük bir önem kazanmaktadır.

Kadınlar menopozal dönemde alacakları eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile menopoz ile ilgili, fiziksel, ruhsal değişiklikleri anlayabilir, açıklayabilir ve kendi sağlığı ile ilgili kararlara bilinçli bir şekilde katılabilir. Bu eğitim ve danışmanlık hizmetini kadına kısa vadede, menopozal sorunları açıklama, tanılama ve çözümünde yardımcı olma ya da var olan durumla yaşamayı öğrenmesine yardım eder. Uzun vade de ise olumlu sağlık davranışlarını geliştirmesine yardım ederek, menopozal döneme uyumuna ve yaşlılık döneminde daha az sağlık sorunuyla mutlu yaşamasına katkıda bulunur.

Bu kitapçık, sizlere verilen eğitimin menopozda meydana gelen biyolojik, psikolojik, ve sosyal değişiklikler üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.
Kendinizle ilgili sorunlarınızı ve sorularınızı lütfen bizimle paylaşın.

İÇİNDEKİLER

1-FİZYOLOJİK ALANA YÖNELİK ADAPTASYON **Sayfa No**

Kadın Üreme Organları...…….....4

Sıcak Basması ve Gece Terlemesi ile Nasıl Baş Edebilirsiniz?…….....6

Uyku Sorunlarınızla Nasıl Baş Edebilirsiniz? .....…….....8

Menopoz ve Kilo Artışı……..…….....9

Menopozda Nasıl Beslenmelisiniz?…….....10

Menopozda Egzersiz…….....12

İdrar Yolları Şikayetlerinizle Nasıl Baş Edebilirsiniz ?…….....13

Kalp-Damar Hastalığı Riskinizi Nasıl Azaltabilirsiniz?…….…….....15

Eklem ve Kas Rahatsızlıklarınızla Nasıl Baş Edebilirsiniz?.....16

2-BENLİK KAVRAMI ALANINA YÖNELİK ADAPTASYON

Psikolojik Şikayetlerinizle Nasıl Baş Edebilirsiniz?…….…….....….17

Menopoz ve Cilt Değişiklikleri…….....19

3-ROL FONKSİYON ALANINA YÖNELİK ADAPTASYON

Menopoz ve Cinsel Sorunlar…….....……..…..……21

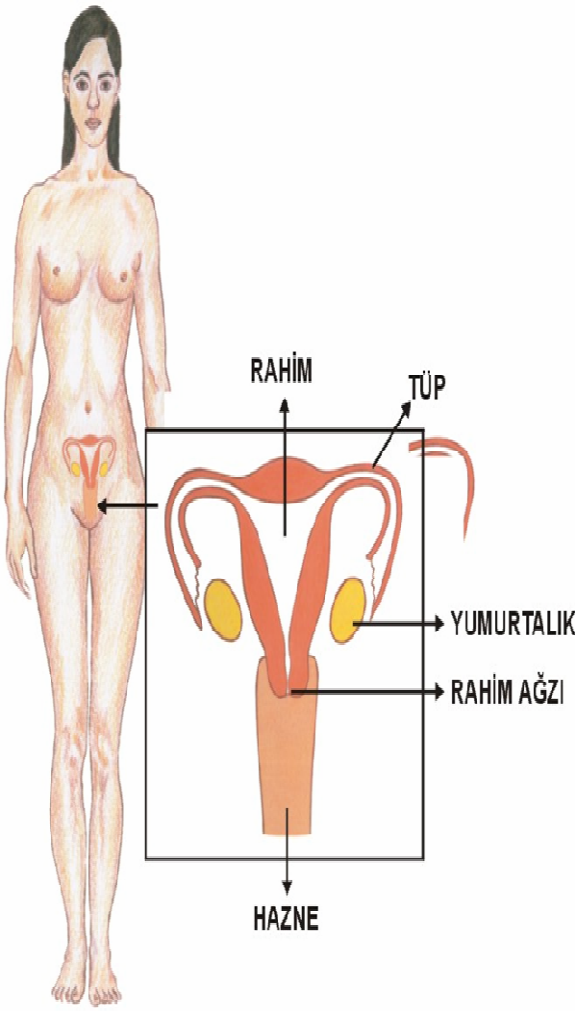
Menopoz ve İş Yaşamı …….....……23

4-KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANINA YÖNELİK ADAPTASYON

Menopoz ve Aile Yaşamı…….....……24

KAYNAKLAR

KADIN ÜREME ORGANLARI



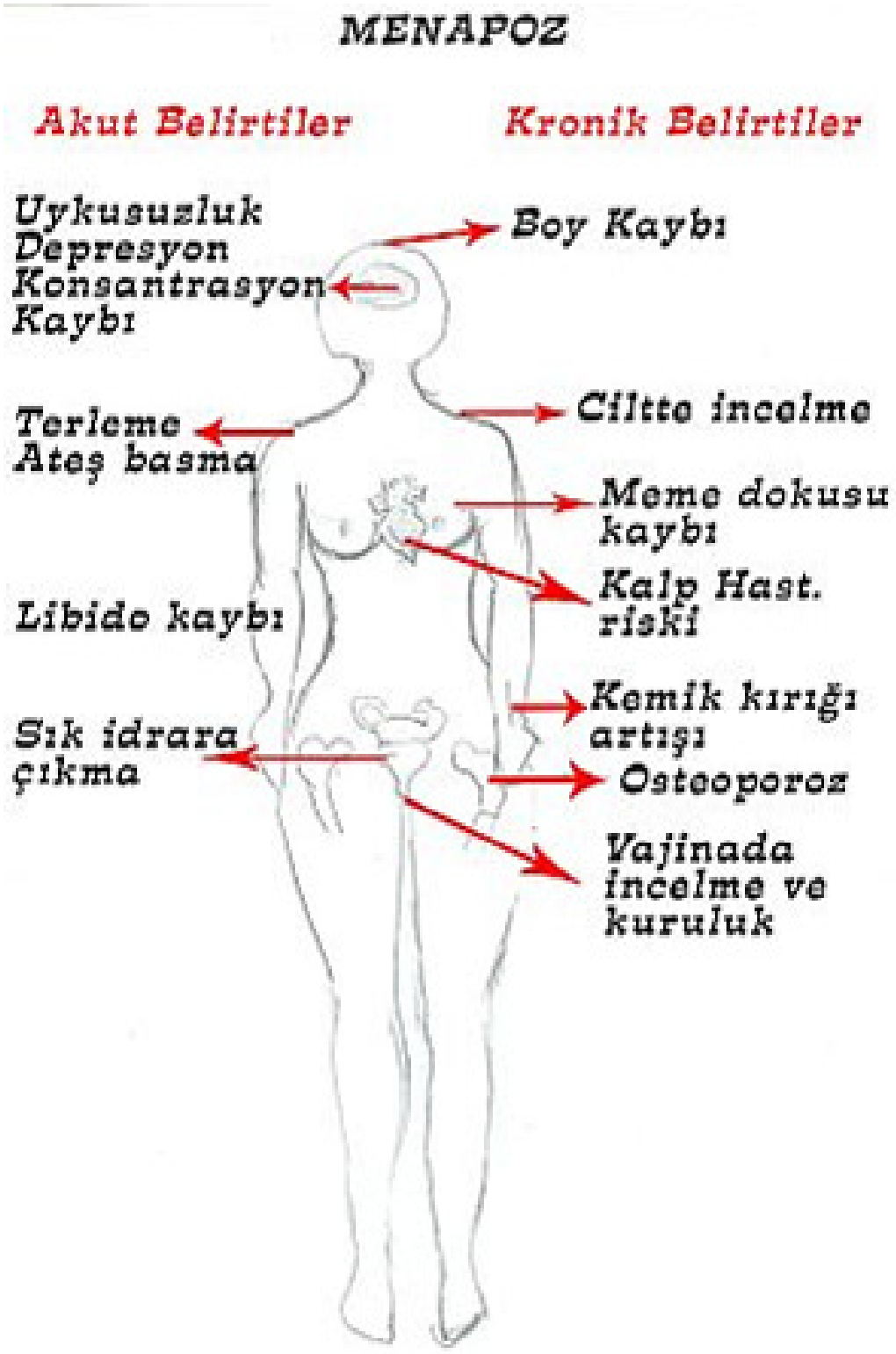
Menopoz tüm kadınlar için kaçınılmaz bir süreçtir.

Doğal menopozdan önce her iki yumurtalığın ameliyatla çıkarılması sonucu oluşan menopoza CERRAHİ MENOPOZ denir.

Menopozda hormon eksikliğine bağlı olarak fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelebilir.

- Sıcak basması
- Baş ağrısı
- Kas-eklem ağrısı
- Uyku sorunları
- Depresyon
- Cinsel istekte azalma gibi belirtiler yaşanabilir.

MENOPOZ KADININ HAYATINDA ÇOK ÖNEMLİ BİR YER TUTMAKTADIR.



SICAK BASMASI VE GECE TERLEMESİ İLE NASIL BAŞ EDEBİLİRSİNİZ?

Sıcak basması ciltte ısı artışı ve damar genişlemesi ile başlayan bir süreçtir.

Özellikle göğüste, yüzde, kafada ve bedenin üst bölümünde hissedilmektedir.

CİLT SICAK HİSSEDİLMEKTE VE KIRMIZIMSI GÖRÜLMEKTEDİR.

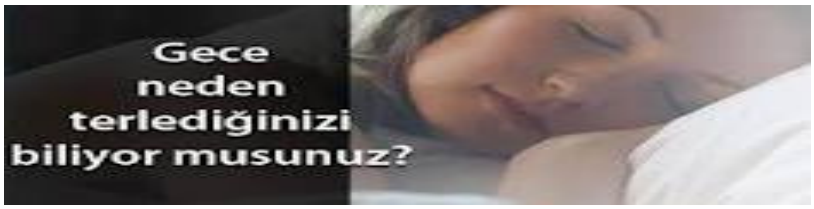
SICAK BASMASI VE GECE TERLEMESİ MENOPOZUN EN FAZLA GÖRÜLEN ANA BELİRTİLERİDİR.

Sıcak basması; vücut sıcaklığında ve nabız sayısında artma ile beraber ellerde kan akımının hızlanmasını takiben sıcaklığın düşmesi ve terleme ile sonuçlanır.

Terleme ve ısıya bağlı kızarıklıklar genelde önemsizdir. Ancak bazen terleme elbiseleri sırılsıklam bırakacak boyutta şiddetli olabilmektedir.

Sıcak basmasına sebep olan etmenler

- Sıcak, nemli hava
- Kapalı, sınırlı alanda kalmak
- Sigara, kafein veya alkol tüketmek
- Hazır yiyecekler tüketmek
- Strese maruz kalmak.



? Gece terlemeleri uykudayken görülen sıcak basması sonucunda oluşmaktadır.

Sıcak basması şikâyetini azaltmak için;

- Serin odada uyuyun
- Sıcak basması sırasında vantilatör açın,
- Duş alın ve vücuda buz uygulayın
- Şikayet esnasında soğuk su ya da meyve suyu için
- Pamuklu giysiler tercih edin
- Pamuklu yatak çarşafı ve kumaş kullanın
- Hazır yiyecekler, sigara, kafein ve alkol kullanımından kaçının
- Rahat bir yere oturarak derin ve yavaş nefes alıp verin
- Sıcak basmasını kontrol etmeye çalışın (soğuk suda yüzdüğünü hissetmek, hayal kurmak)

UYKU SORUNLARINIZLA NASIL BAŞ EDEBİLİRSİNİZ?

Uyku temel biyolojik işlevlerden biridir.

Menopozda sıcak basmaları ve gece terlemeleri nedeniyle uyku kalitesi etkilenir.

Uykusuzluk sonucu;

- Gerginlik, sinirlilik
- Yorgunluk, bitkinlik
- İsteksizlik, üzgün hissetme
- Sebepsiz ağlamalar
- Duygusal dalgalanmalar
- Unutkanlık
- Konsantrasyon bozuklukları yaşanmaktadır

Uyku sorunuyla başa çıkmak için;

- Stresten uzak durmaya çalışın
- Gündüz uyumaktan kaçının
- Süt, yoğurt, bitkisel çaylar gibi yiyecek ve içecekleri uyku öncesi tüketin
- Alkol, kafein, nikotin ve akşam yemeğinde acılı, aşırı baharatlı yiyeceklerden uzak durmaya çalışın
- Akşam sıcak banyo yapmaktan kaçının
- Yatak odasını mümkün olduğu kadar serin tutmaya çalışın
- Uyku giysilerinin ve çarşaf takımlarının pamuklu cinsten seçin
- Yatağın yanında bir şişe soğuk su bulundurun
- Yavaş ve derin nefeslerin rahatlatıcı etkisi olduğundan, gece terlemeleriyle uyanıldığında derin nefes egzersizleri yapın

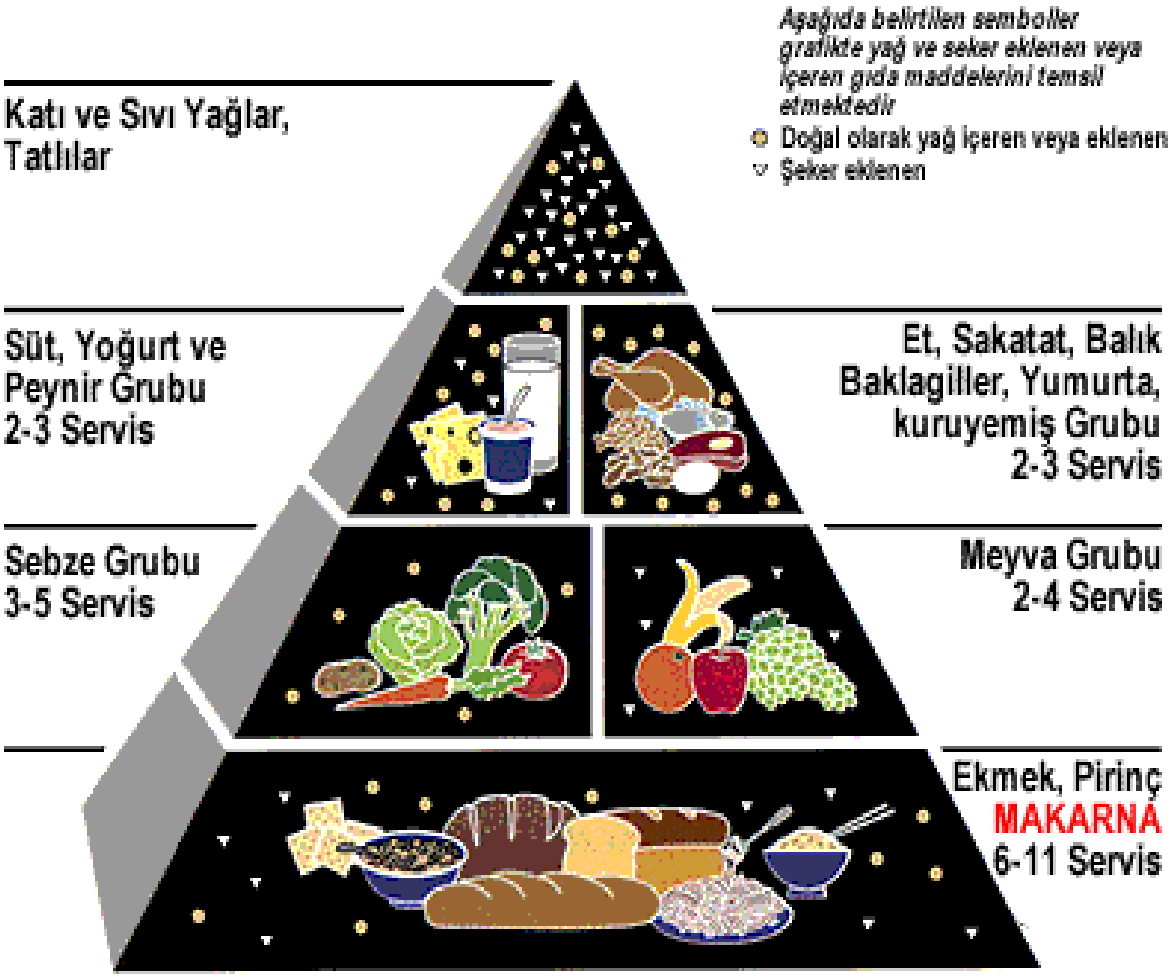
MENOPOZ VE KİLO ARTIŞI

Menopoz döneminde kilo artışı sık görülmektedir.

- ✓ **Kalp-damar hastalıkları açısından kilo fazlası riski arttırmaktadır**.

Menopoz sırasında beslenme ve egzersize gösterilecek önem, bu dönemdeki sağlık ve yaşam kalitesi için çok önemlidir.

SAĞLIKLI BESLENME PİRAMİDİ



MENOPOZDA NASIL BESLENMELİSİNİZ?

➔ **Besin çeşitliliği sağlayın**

Her öğünde, dört besin grubundaki besinleri birlikte tüketin.

- ✓ Süt grubu
- ✓ Et grubu-yumurta-kuru baklagiller
- ✓ Taze meyve ve sebzeler grubu
- ✓ Ekmek ve tahıl grubu besinler

➔ **Doğal gıdalar alın, işlenmiş besinlerden mümkün olduğunca kaçının.**

➔ **İdeal vücut ağırlığınızı koruyun**

➔ **Kalsiyum içeriği yüksek besinler tüketin**

Gerekli olan durumlarda doktor tavsiyesine göre kalsiyum ile birlikte D vitamini desteği önerilebilir.

➔**Sıvı tüketimi arttırın**

Günde
8-10 bardak su

➔ **Fiziksel aktivitenizi arttırın**

➔**Sebze ve meyve tüketimi arttırın**

➔**Düşük yağlı ve düşük kolesterollü besinler tüketin**

➔**Posalı besinler tüketin**
Posa içeriği en yüksek besinler kuru baklagiller, tahıllar ve sebze-meyvelerdir.

➔ **Alkol ve sigara içmeyin**

➔**Çay kahve tüketimini azaltın**

Beslenmede yağı azaltmanın yolları:

- Kırmızı et yerine beyaz et tercih edin
- Etleri görünen yağlarından temizleyin
- Et yemeklerine ilave yağ eklenmeyin
- Yağı azaltılmış besinleri tercih edin.
- Yağ içeriği yüksek (özellikle margarin içeren) bisküvi, kraker ve keklerin tüketimi azaltın
- Yemekler hazırlanırken yağda kızartma yerine ızgara, fırında pişirme ve haşlama yöntemlerini kullanın

MENOPOZDA EGZERSİZ

✓ **HAFTADA EN AZ 3 KEZ 30–60 DAKİKA EGZERSİZ YAPIN**

➔Toz almak, temizlik gibi aktiviteleri bu sürenin dışında tutun.

➔Hızlı yürüyüş yapın
➔Koşun
➔Düşük şiddette aerobik yapın

Düzenli fiziksel egzersiz

- ✓ Kemik ve kasları kuvvetlendirir
- ✓ Kemik kaybını yavaşlatır
- ✓ Kalp-damar sağlığını korur
- ✓ Kan basıncı, koleste-rolü ve kan şekerinin düzenler
- ✓ Uykuyu düzenler
- ✓ Sindirimi kolaylaştırır
- ✓ Özgüveni arttırır
- ✓ Stresi azaltır
- ✓ İdeal vücut ağırlığını korur

MENOPOZDA YETERLİ VE DENGELİ BESLENMENİN SAĞLANMASI VE FİZİKSEL AKTİVİTE; İDEAL VÜCUT AĞIRLIĞININ SÜRDÜRÜLMESİ, KEMİK VE KALP SAĞLIĞININ KORUNMASI, DİYABET, KANSER RİSKİNİN AZALTILMASI VE MENOPOZDAKİ SORUNLARIN EN AZA İNDİRİLMESİNİ SAĞLAR

İDRAR YOLLARI ŞİKÂYETLERİNİZLE NASIL BAŞ EDEBİLİRSİNİZ?

Menopozal dönemde idrar yollarında, hazne (vajen) ve etrafındaki dokularda sarkma, zayıflama ve büzülme görülür.

İdrar yollarında bu değişimler olduğunda

- Enfeksiyona yakalanma
- Sık idrara çıkma
- İdrara sıkışma hissi
- İdrar yaparken acı hissetme
- İstem dışı idrar kaçırma şikayetleri görülebilir.

İdrar yolları şikâyetleri ile başa çıkmak için;

- Tuvaletlerden önce ve sonra ellerinizi yıkayın
- Taharetlenmeyi önden arkaya doğru yapın
- İç çamaşırlarınızı beyaz pamuklu tercih edin, sık sık değiştirin, yüksek ısıda yıkayıp, ütüleyin ya da çamaşır suyunda bekletin
- Yeterli sıvı alın
- Kola, kahve, çay, çikolata ve alkolden uzak durun
- Pelvik bölgedeki kasları sıkılaştırmak açısından büyük önem taşıyan **Kegel Egzersizleri'**ni yapın

Kegel Egzersizleri

A- Kegel egzersizleri idrar akımını durduran kaslar ile yapılır. Eğer idrar yaparken idrarınızı durdurabiliyorsanız kaslarınız güçlü demektir.
B- Bu kasların yerini saptadıktan sonra egzersizleri şu şekilde yapmalısınız.
1. Yavaş Kaslarınızı sıkın, üç sayıncaya kadar tutun, sonra gevşetin
2. Hızlı Kaslarınızı mümkün olduğu kadar hızlı olarak sıkın ve gevşetin
3. İçe çekme-dışa itme egzersizleri Haznede (vajende) varolduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi kalçanızı sıkın yukarı çekin sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı doğru ıkının.

!Bu kasılma hareketleri dıştan fark edilemeyeceği için her pozisyonda ve koşulda, otururken, ayaktayken, yatarken uygulanabilir.

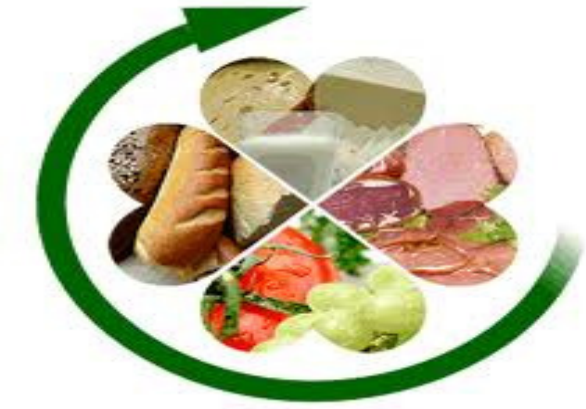
➔Günde 6 kez (örn; sabah kalkar kalkmaz, sabah ile öğlen arasında, öğle üzeri, öğleden sonra, akşamüzeri ve yatarken) her biri 15 saniyeden 15 tekrar halinde yapılmalıdır.

KALP-DAMAR HASTALIĞI RİSKİNİZİ NASIL AZALTABİLİRSİNİZ?

! **Menopoz, kalp-damar sistemi açısından risk faktörü olarak kabul edilir.**

Kalp Hastalığına Sebep Olan Etmenler

- ➔ Obesite
- ➔ Hipertansiyon
- ➔ Diabet (şeker hastalığı)
- ➔ Sigara kullanımı
- ➔ Yüksek kolesterol
- ➔ Aktivitesiz yaşam



Kalp hastalığı riskinizi nasıl azaltabilirsiniz?

- ➔ Dengeli beslenerek
- ➔ Kötü alışkanlıklardan uzak durarak
- ➔ Düzenli egzersiz yaparak
- ➔ Stresten uzak durarak

EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARINIZLA NASIL BAŞ EDEBİLİRSİNİZ?

Kemik erimesi (osteoporoz) kemik mineral yoğunluğunun azalması ya da çok küçük travmalarla kırık oluşmasıdır.

➔**En sık omurga da görülür ve kamburluğa yol açar.**

➔**İnce kemikler daha da incelir, bilekler, kalça, kol ve kaburga kırıkları önemsiz kazalardan sonra kırılabilir.**

- ➔Hormonal denge
- ➔İleri yaş
- ➔Genetik faktörler
- ➔Fiziksel aktivite
- ➔Beslenme şekli
- ➔Sigara ve alkol kullanımı kemik erimesinde etkilidir.

Kemik erimesinin önlenmesinde,

- ➔**Kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin gıdalarla beslenin,**
- ➔**Yağlı karbonhidratlı besinlerden kaçının,**
- ➔**Meyve ve sebze ağırlıklı beslenin**
- ➔**Egzersiz yapın. Günde 30–60 dakikalık egzersiz kemik kaybını geciktirir ve kemik yoğunluğunu arttırır.**

PSİKOLOJİK ŞİKÂYETLERİNİZLE NASIL BAŞ EDEBİLİRSİNİZ?

MENOPOZ FİZİKSEL VE PSİKOLOJİK DENGENİZDE BOZULMALARA NEDEN OLABİLİR.

! Hafıza ve öğrenme fonksiyonları olumsuz etkilenir ve depresyon oluşumuna zemin hazırlanır.

Menopozda görülen duygu-durum değişiklikleri

- ➔ Kendinizi kötü, üzgün, ağlamaklı hissedebilirsiniz
- ➔ İsteksizlik, ruh halinde değişiklik sinirlilik, gerginlik, çabuk öfkelenme hissi yaşayabilirsiniz
- ➔ Huzursuz olabilir, panik hissi yaşayabilirsiniz
- ➔ Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, unutkanlık ve konsantrasyon zorluğu yaşayabilirsiniz.

PSİKOLOJİK ŞİKÂYETLERİNİZİN GİDERİLMESİNDE
EŞİNİZE, ÇOCUKLARINIZA, AİLE YAKINLARINIZA, ARKADAŞLARINIZA BÜYÜK GÖREVLER DÜŞMEKTEDİR.

Menopozda psikolojik olarak oldukça hassas bir dönem geçiren kadınlar için

- ➔ Aile desteği
- ➔ Sevilme, sayılma
- ➔ Takdir edilme
- ➔ Hatırlanma oldukça önem taşır.

Bireysel olarak;

- ➔ Olumsuz düşünceleri dağıtacak faaliyetlerde bulunun (dini ibadet, kurs, dernek v.b.)
- ➔ Ziyaretlere gidin
- ➔ Sevdiğiniz insanlarla beraber olun
- ➔ El işi ve ev işi yapın
- ➔ TV izleyin
- ➔ Duş alın
- ➔ Kitap okumak gibi davranışlar / faaliyetler de bu şikayetlerle başa çıkmanıza yardımcı olur.

MENOPOZ VE CİLT DEĞİŞİKLİKLERİ

- Menopozda deri gevşektir ve fonksiyonları azalmıştır.
- Özellikle yüzde, baldırda ve göğüslerde cilt incelir, kurur, cilt yüzey yağı ve nemi azalır ve kırışıklık oluşur. Bu değişiklikler özellikle güneş ışığına maruz kalan bölgelerde (yüz, boyun, eller) belirgindir. Sigara dumanı ve çeşitli yıpratıcılar (deterjan v.b.) olumsuz etkiler.
- Menopozda çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüyler çıkar, buna karşılık saçlar, koltukaltı ve özel bölge kılları seyrekleşir.

Ciltte görülen diğer değişiklikler;

- Sıcak basmaları
- Ayak tabanı ve avuç içlerinde derinin sertleşme
- Tekrarlayıcı veya sürekli kaşıntı

Bu dönemde görülen cilt değişiklikleri bir fonksiyon bozukluğu veya hastalık olmamasına rağmen gençliğin ve kadınsı cazibenin kaybı olarak algılanabilir, benlik saygısını ve özgüveni zedeleyebilir.

BU DEĞİŞİKLİKLERLE BAŞA ÇIKMADA ASIL ÖNEMLİ FAKTÖR "OLUMLU BEDEN İMAJI" GELİŞTİRMEKTİR.

Beden imajı, bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizi, duygularınızı ve algılarınızı ifade eder.
Kişinin bedeniyle barışık olması ve ondan memnun olması OLUMLU BEDEN İMAJI'na sahip olduğunu gösterir.
Beden imajı, hem ruh sağlığını etkiler hem de ondan etkilenir.

Cilt değişikliklerini geciktirmek ve olumlu beden imajı için;

- ➔ Sağlıklı beslenin
- ➔ Kilo kontrolünüzü sağlayın
- ➔ Bol su için
- ➔ Düzenli fizik egzersiz yapın
- ➔ Sigaranın bırakılması gibi olumlu davranış biçimlerinin geliştirin
- ➔ Yaşam tarzınızda değişiklikler yapın, giyim ve bakımınıza özen gösterin, ihmal etmeyin,
- ➔ Stresten uzak durun.

MENOPOZ VE CİNSELSORUNLAR

Menopozda hormonal değişim cinsel hayatı, kadının iyilik halini ve psikolojik durumunu etkiler.

Yaşlanma ve menopoz çoğu zaman cinsel hayatın sonu gibi algılanır. Oysa cinsellik; biyolojik, psikolojik ve fizyolojik bir olaydır.

- **Menopoz döneminde vajinal salgının yetersiz olmasından dolayı ön hazırlıksız bir cinsel ilişki ağrı, sıkıntı, acı ve bazen de kanamaya sebep olabilir.**
- **Deri incelir, iç ve dış dudaklarda kanlanma azalır, kaşıntı sık görülür.**
- **Küçük bir travma hafif vajinal kanamaya yol açabilir ve enfeksiyon gelişebilir. Vajen soluk, parlak ve düzgün bir hal alır. Aşırı kuruluğa bağlı kaşıntı olabilir.**
- **Cinsel işlevlerdeki değişimlerde geçmişten beri bilgilendirilme şekli, genel bilgi ve koşullanmalar, aile içi gizlilik anlayışı ve bir takım sorunlar, yaş ve zaman gibi faktörler etkin rol oynar.**
- **Cinsellikle ilgilenme ya da isteme ihtiyacı kadından kadına da değişmektedir.**

Menopozal yıllarda en sık görülen cinsel şikayetler;

- Azalmış cinsel cevaplılık
- Cinsel aktivite sıklığının azalması
- Arzu azalması, cinsel uyarılma fazının çok uzun zaman alması ve cinsel doyuma ulaşmada zorluk yaşanması
- Ağrılı cinsel ilişki

Cinsel ilgiyi ve fonksiyonu arttırıcı davranışlar;

- ➔ Düzenli cinsel ilişki (vajinanın neminin korunmasına ve fonksiyonuna yardımcı olur)
- ➔ Eşler arasında iletişimin arttırılması
- ➔ Duyarlı dokuların dikkatli bir şekilde uyarılması
- ➔ Cinsel ilişkiye ön hazırlık için yeterli zaman ayrılması
- ➔ Seksüel pozisyonlarda değişikliklere yer verilmesi
- ➔ Kas tonusunun arttırılması için egzersiz (kegel egzersizi) uygulanması
- ➔ Vajinal kuruluğun giderilmesi için suda çözülen kayganlaştırıcı ve nemlendirici kullanılması.

MENOPOZ VE İŞ YAŞAMI

İş yaşamı menopozal sıkıntıların yaşanmasında etkili olabilmekte ve kadınlar menopozal sorunlarla iş yerinde de baş etmek zorunda kalabilmektedirler.

İşyerlerinin de menopoz yakınmaları için bazı önlemler alınabilir.

- **Havalandırma çok iyi sağlanmalı, açık alanlar (bahçe, balkon) varsa kullanılmalıdır.**
- **Soğuk su sağlanmalıdır**
- **Soğutma için etkin bir klima sistemi bulunmalıdır.**
- **Kısa süreli molalar verilebilir.**
- **Terlemeye yönelik pamuklu kıyafetler tercih edilmeli, gerekirse yedek kıyafet taşınmalıdır.**
- **Sağlıklı beslenme sağlanmalıdır.**
- **Stresten uzak durulmalıdır.**
- **Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, unutkanlık ve konsantrasyon zorluğu yaşanabileceği unutulmamalı ve gerekli önlemler alınmalıdır**

MENOPOZ VE AİLE YAŞAMI

Menopoz dönemindeki fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantınızın tam bir iyilik halinde olabilmesi için bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi sahibi olmalı, gerekli önlemleri alabilmelisiniz.

Menopozu yaşadığınız bu dönemde ailenizde bazı değişiklikler yaşanabilir;

- ➔ Çocukların ergenliği ve bağımsızlığı
- ➔ Aileden ayrılmalar ve yeni katılımlar
- ➔ Çocuklarla yetişkin ilişkisinin kurulması
- ➔ Yaşlanmış anne-babaların sağlık sorunları ve/veya ölümleri
- ➔ Akrabalar ve dünürlerle ilişkilerin sürdürülmesi
- ➔ Evlilik ilişkisi
- ➔ Emeklilik ve ekonomik durum değişiklikleri

SİZ VE AİLENİZ MENOPOZ DÖNEMİNİ YAŞAMIN BİR EVRESİ OLARAK ALGILAMALISINIZ.

Bunları unutmayalım;

- ✓ Anne olmak zorlu süreçtir, sabır gerektirir ve bazen denge kurmak zor olabilir.
- ✓ Yaşadıklarımız birçok insan tarafından deneyimlenmiş olabilir.
- ✓ Sorunlarımız varsa ve biz bunları kendi başımıza aşamıyorsak profosyonel destek almalıyız.
- ✓ Duygularımızı yakınlarımızla paylaşmalıyız.

Bu stres verici yaşam olayları ile baş edebilmede;

- ✓ **Sizin algılama durumunuz**
- ✓ **Mevcut sosyal destek sistemleriniz(Aile, akraba, arkadaş komşu vb……)**
- ✓ **Geliştirdiğiniz baş etme mekanizmaları önemli rol oynar.**

Bu değişikliklerle nasıl başa çıkabilirsiniz?

- ➔ Eşiniz, aileniz ve arkadaşlarınız menopoz boyunca size destek olabilirler. Menopoz döneminizin sizin ve onlar üzerindeki etkilerine dair hislerinizi ve düşüncelerinizi onlarla tartışın.
- ➔ Duygularınızı anne ve kızlarınızla paylaşın veya sosyal gruplara katılıp(kurs, eğitim, spor, gün vb.) fikir ve deneyim alışverişinde bulunun.
- ➔ Menopozda olan kadınlarla konuşun
- ➔ Uygun beslenmeyi sürdürün
- ➔ Yeterli uyuyun ve dinlenin
- ➔ Uygun fiziksel aktivitelerde bulunun
- ➔ Düzenli cinsel yaşam sürdürün
- ➔ Stresten uzak durun
- ➔ Sigara içmeyin
- ➔ Deri değişiklikleri ile ilgili önlemler alın ve estetiğe önem verin
- ➔ Alternatif yöntemleri bilinçsizce kullanmaktan kaçının.

POZİTİF DÜŞÜNÜN, DESTEK ALIN
SİZ DE HAYATINIZIN BU EN GÜZEL DÖNEMİNİ YAŞAMAK İÇİN PLAN YAPIN.

KAYNAKLAR

1. Şahin HN. *Bir Kilometre Taşı: Menopoz,* İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları, İstanbul, 1998.
2. Kadayıfçı O. *Klimakterium Premenopoz Menopoz Postmenopoz Senium İkinci Bahar,* İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006: 26-32.
3. Ertungealp E, Seyisoğlu H. Klimakterium ve Menopoz. İçinde: Kişnişci HA (editör). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara, Güneş Kitapevi, 1996: 1319-1351.
4. Yıldırım A. Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler. İçinde: Hassa H (editör). *Klinik Menopoz*. İstanbul, Orgonan Yayınları, 1996:1-12.
5. Atasü T, Şahmay S. Klimakterium ve Menopoz. İçinde: Atasu T, Şahmay S (editörler). *Jinekoloji (Kadın Hastalıkları).* Ankara, Universal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık AŞ, 1996: 635-648.
6. Bates GW. Menopause. In: Riulin ME, Marrison JC, Bates GW (Eds). *Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology.* Boston, Little Brown and Co, 1990: 390-393.
7. Tüzin F, Tüzin S. Postmenopozal Osteoporozda Egzersiz. İçinde: Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz*. İstanbul, Form Reka Hizmetleri, 2000: 452-462.
8. Pearce MJ, Hawton K. Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1996, 10: 385-399.
9. Schwarz S, Völzke H, Alte D. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in Pomerania (SHIP). *Menopause,* 2007, 14: 123 -134.
10. Karakuş E. Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.
11. Karazeybek EA, Özbayır T. Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005:21: 1-11.
12. Topçuoğlu D, Topçuoğlu MA. Menopozda cinsel yaşamın organik ve psikolojik yönü, *Haseki Tıp Bülteni*, 2004, 42: 177- 182.
13. Altınsoy N. Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri ile İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 1999.
14. Hana DR. Using the Roy Adaptation Model in management of work groups. *Nursing Science Quarterly*, 2006, 19:226-227.
15. Moreno ME, Duran MM, Hernandez A. Nursing care for adaptation. *Nursing Science Quarterly* , 2009, 22:67-73.
16. Atasü T, Gezer A. Menopoz Tanım ve Terminolojisi. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (Editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:13-27.
17. Şahin HN, Coşkun A. The Menopausal Age, Related Factors and Climacteric, Complaints in Turkish Women. *Revista Referenc'a*, 2007,4: 91-99.
18. Atasü T. Yaşlanma ve Mepozun Meydana Gelişi, İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (Editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:35-47
19. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2009: 451-46.

20. Dormire SL. What we know about managing menopausal hot flashes: navigating without a compass. *JOGNN Principles & Practice*, 2003, 32: 4.

21. Kökçü A, Çetinkaya MB. Menopozun seksüel aktiviteye etkisi, *Sendrom,* Eylül, 2004.

22. Atasü T, Tekin H. Menopozun Semptomları. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:95-109.

23. Bilgin Zİ, Bilgin O. Menopoz ve Deri. İçinde: Ertüngealp E., Seyisoğlu H(editörler). *Menopoz ve Osteoporoz*, 1.Baskı, İstanbul Form Reklam Hizmetleri, 2000:90-95.

24. Durmuşoğlu F, Erenus M. Nörovejatif Semptomlar, İçinde: Ertüngealp E., Seyisoğlu H(editörler). *Menopoz ve Osteoporoz*, 1.Baskı, İstanbul Form Reklam Hizmetleri, 2000:23-27.

25. Weber GG. Cross-cultural menopause: a study in contrast. In: Stewart DE, Washington DC, Robinson GE (eds). *A Clinician's Guide to Menopause*., American Psychiatric Press, 1997 : 45-61.

26. Sağsöz N, Oğuztürk O, Bayram M, Kamacı M. Anxiety anddepression before and after the menopause. *Archives of Gynecology and Obstetrics,* 2001, 264:199-202.

27. Topçuoğlu D, Topçuoğlu MA. Menopozda cinsel yaşamın organik ve psikolojik Yönü. *Haseki Tıp Bülteni*, 2004, 42: 177- 182.

28. Kinnick V, Leners D. The Hysterectomy Experience, an ethnographic study,. *Journal of Holistic Nursing*, 1995, 13: 142-154.

29. Makınen J, Tenho T, Kıılholma P,Tkanen Y, Hırnoven. The effect of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms, *British Journal Of Urology,* 1993, 72:868-872.

30. Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7:48-58.

31. Altunbay D. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin:Mersin Üniversitesi, 2005.

32. Oskay Ü, Klimakteruim döneminde cinsellik. *İstanbul Üniversitesi H.Y.O. Hemşirelik Dergisi,* 2004:52.

33. Hekim N. Menopozun Oluşumu ve Devamındaki Endokrinolojik Değişiklikler ve Getirdiği Sorunlar. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:47-63.

34. Xu J, Bartoces M, Neale AV, Dailey RK, Northrup J, Schwartz KL. Natural history of menopause symptoms in primary care patients: a metronet study. *The Journal Of The American Board Of Family Practice,* 2005, 18: 374-82.

35. Şahin NH, Klimakterik Dönemde Beslenme. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale HYO Hemşirelik Dergisi.* 2001, 12-47.

36. Yağmur Y**,** Şahin NH. Osteoporozun önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale HYO Hemşirelik Dergisi.* 2006: XIV(56); 115-123

37. Demir Ü, Ertem G. Menopoz ve cinsellik. *Hemşirelik Formu Dergisi*, 2001, 4(6) :11.

38. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. Çeviri: Ayhan A, Bozdağ G. 10. baskı Ankara, Palme Yayıncılık, 2002 :43-754.

39. Atasü T, Benian A. Menopoz ve Kemik Sistemi İlişkisi. İçinde: Atüsü T, Özekici Ü, Hekim N (editörler). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2001:311-357.

40. Schneider HPG, MacLennan AH, Feeny D. Assessment of health-related quality of Life in menopause and aging. Climacteric, 2008,11:93–107.

41. Dilsen G. Osteoporoz. Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz.* 1. Baskı, İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 2000:347-366.

42. Oz F. Benlik kavramı. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. 1. Baskı. Ankara: İmaj iç ve Dış Ticaret, 2004: 91-100.

43. Pak Ö. Histerektomi Öncesi ve Sonrası Kadınlara Verilen Eğitimin Psikoseksüel Sorunlar Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.

44. Ceylan B. Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40- 59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2010.

45. Timur S, Şahin HN. Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: A population-based study, Maturitas, 2009, 64:177-181.

46. Esen E, Çam O, Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 2006. 22 : 107-117.

47. Karakuş E. Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.