T.C.

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ayşegül KOÇYİĞİT

EYLÜL, 2022

T.C.

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ayşegül KOÇYİĞİT

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Didem Şimşek KÜÇÜKKELEPÇE

EYLÜL, 2022

Tez Başlığı : **Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Tezi Hazırlayan: **Ayşegül KOÇYİĞİT**

Tez Savunma Tarihi: **13.09.2022**

İmza

Üye (Jüri Başkanı): Prof. Dr. Zehra Gölbaşı

Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

İmza

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Yılmaz Sezer

Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ebelik Bölümü

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

İmza

Üye (Danışman): Dr. Öğr. Üyesi Didem Şimşek Küçükkelepçe

Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

_____

Prof. Dr. Sulhiye Yıldız

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

( ) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

( ) Tezimin/Raporumun ……. tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

( ) Tezimin/Raporumun…… tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

( ) Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

…./…./….

İmza

Ayşegül KOÇYİĞİT

ETİK BEYAN

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (...../...../.....).

Ayşegül KOÇYİĞİT

ÖZET

MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ayşegül KOÇYİĞİT
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE
Ankara, EYLÜL 2022

Bu araştırma menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkininin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırma Ankara'nın merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran 45-65 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Örneklemini ise menopoz dönemindeki 368 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. ÇBASDÖ ile MÖYKÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre kadınların yaş ortalamasının 52,56 ± 4,22 olduğu, %98,6'sının evli olduğu, %54,9'unun lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %54,6'sının çalışmadığı, %64,9 gelirinin giderini karşıladığı ve çoğunluğunun (%70,7) sadece eşi ile yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların MÖYKÖ vazomotor alan alt boyutu puan ortalamasının 3,86 ± 1,56, MÖYKÖ psikososyal alan alt boyutu puan ortalamasının 3,03 ± 1,88, MÖYKÖ fiziksel alan alt boyutu puan ortalamasının 2,99 ± 1,08 ve MÖYKÖ cinsel alan alt boyutu puan ortalamasının 3,02 ± 2,17 olduğu saptanmıştır. Kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 56,71 ± 18,70 olduğu bulunmuştur. Kadınların ÇBASDÖ aile alt boyutunun 21,52 ± 6,04, arkadaş alt boyutunun 20,49 ± 6,71 ve özel bir insan alt boyutunun puan ortalamaları ise 14,69 ± 7,06 olarak saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda; ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile MÖYKÖ vazomotor alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile MÖYKÖ psikososyal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile MÖYKÖ fiziksel alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan

ortalamaları ile MÖYKÖ cinsel alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, kadınların algıladığı sosyal destek ve menopoza özgü yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Aynı zamanda kadınların algıladıkları sosyal desteğin, menopoza özgü yaşam kalitelerine olumlu etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Sağlık eğitimi ve danışmanlık rolleri bulunan hemşirelerin, kadınların sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, sosyal destek sistemlerinin genişletilmesi ve güçlendirilmesi için kadınları desteklemeleri ve teşvik etmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Menopoz, Yaşam Kalitesi, Algılanan Sosyal Destek.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN AT THE PERIOD OF MENOPAUSE

Ayşegül KOÇYİĞİT
Master's Thesis
Health Sciences Institute
Department of Nursing
Supervisor Lecturer, PhD Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE
Ankara, SEPTEMBER 2022

This research was conducted in a descriptive relational type in order to determine the relationship between perceived social support and quality of life in menopausal women.

The research was conducted in a university hospital located in the center of Ankara. The population of the study consisted of women between the ages of 45-65 who applied to the obstetrics clinic of the hospital. The sample consisted of 368 women in the menopausal period. The data of the study were collected using the Descriptive Information Form prepared by the researchers, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Menopause-Specific Quality of Life Scale (MENQOL). While evaluating the data, frequencies (number, percentage) were used for categorical variables, and descriptive statistics (mean, standard deviation) were used for numerical variables. The conformity of the data obtained with the measurement to the normal distribution was determined by the Kolmogorov-Smirnov test. Spearman correlation analysis was used to determine the relationship between MSPSS and MENQOL score average. In the evaluation of the data, the level of significance was accepted as $p<0.05$.

According to the results of the research, the mean age of the women was 52,56 ± 4,22, %98,6 were married, %54,9 had a high school or higher education level, %54,6 were unemployed, %64,9, It has been determined that incomes cover their expenses and most of them (%70,7) live only with their spouses. The mean score of the women's MENQOL vasomotor domain sub-dimension was 3,86 ± 1,56, the MENQOL psychosocial sub-dimension mean score was 3,03 ± 1,88, and the MENQOL physical domain sub-dimension mean score was 2,99 ± 1,08 and the mean score of the sexual domain sub-dimension of MENQOL was found to be 3,02 ± 2,17. The mean MSPSS total score of the women was found to be 56,71 ± 18,70. The mean score of the MSPSS family sub-dimension of women was 21,52 ± 6,04, the friend sub-dimension was 20,49 ± 6,71 and a special person sub-dimension was 14,69 ± 7,06. As a result of the correlation analysis; It was determined that there was a statistically significant moderate negative correlation between the MSPSS total score and all subscale mean scores and the MENQOL vasomotor subscale. It was determined that there was a statistically significant and strong negative correlation between the MSPSS total score and all sub-dimension mean scores, and the MENQOL psychosocial sub-dimension. It was determined that there was a statistically significant, moderately negative correlation between the MSPSS total score and all sub-dimension mean scores and the physical sub-dimension of MENQOL. It was determined that there was a statistically

significant, moderately negative correlation between the MSPSS total score and mean scores of all sub-dimensions, and the sexual sub-dimension of MENQOL.

According to the results obtained from this study, it can be said that women's perceived social support and menopausal quality of life are moderate. At the same time, it has been determined that the social support perceived by women has positive effects on their menopausal quality of life. It is recommended that nurses, who have health education and counseling roles, support and encourage women in order to improve the social relations of menopausal women, to expand and strengthen their social support systems.

Key Words: Nursing, Menopause, Quality of Life, Perceived Social Support.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan, yoğunluğuna rağmen bana vakit ayıran, güler yüzünü ve hoşgörülü yaklaşımını bir an olsun esirgemeyen, gösterdiği büyük emek ve destekten dolayı değerli danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE'ye,

Lisansüstü eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim, akademik bilgi birikimine hayranlık duyduğum, yoluma ışık olan sayın Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI'NA,

Tez jürimde olmayı kabul ederek benim için zaman ayırdıkları, çalışmama önemli katkıları ve verdikleri destek için sayın Dr. Öğr. Üyesi Neslihan YILMAZ SEZER'e,

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, sevgilerini her daim hissettiren, varlıklarıyla güç veren, beni bu günlere getiren ve maddi manevi her türlü fedakarlığı göstererek, severek yaptığım mesleğimi icra etmeme imkan sağlayan annem Fatime GÜNEL, babam Yakup GÜNEL ve kardeşlerim Mustafa GÜNEL ve Fazilet KARACA'ya,

Çalışma hayatımda karşılaştığım, sonrasında hep en yakınımda olan, bu dönemdeki en büyük destekçim sevgili meslektaşım Pelin AYGÜN'e,

Bu zorlu pandemi sürecinde, hemşirelik bilimine katkı sağlamayı kabul edip anket formlarımı özenle doldurarak büyük destek veren tüm kadınlara,

Son olarak yoğun eğitim dönemim boyunca hep yanımda olduğunu hissettiren, araştırmamı sürdürebilmem için hayatımı kolaylaştırmaya çalışan, bana her daim kendimi değerli hissettiren, gösterdiği anlayış için sevgili eşim Hüseyin KOÇYİĞİT'e,

En içten duygularımla sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI iii
ETİK BEYAN iv
ÖZET v
ABSTRACT vii
TEŞEKKÜR ix
İÇİNDEKİLER x
TABLOLAR LİSTESİ xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ xiv
KISALTMALAR LİSTESİ xv
1. GİRİŞ 1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2 Araştırmanın Amacı 3
1.3 Araştırma Soruları 3
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Klimakterium 4
2.2 Klimakterik Dönem ve Menopoz 4
2.2.1 Premenopozal Dönem 5
2.2.2 Menopozal Dönem 5
2.2.3 Perimenopozal Dönem 6
2.2.4 Postmenopozal Dönem 6
2.3 Menopozun Fizyolojisi 7
2.4 Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar 7
2.4.1 Kısa Dönemde Görülen Semptomlar 8
2.4.1.1 Vazomotor Semptomlar 8
2.4.1.2 Psikolojik Semptomlar 9
2.4.1.3 Ürogenital Semptomlar 9
2.4.1.4 Seksüel Semptomlar 10
2.4.1.5 Uyku ile İlgili Semptomlar 11
2.4.1.6 Saç, Cilt ve Tırnak ile İlgili Semptomlar 11

2.4.1.7 Gastrointestinal Sistem ile İlgili Semptomlar 11
2.4.2 Uzun Dönemde Görülen Semptomlar 12
2.4.2.1 Kas İskelet Sistemi ile İlgili Semptomlar 12
2.4.2.2 Kardiyovasküler Semptomlar 12
2.4.2.3 Merkezi Sinir Sistemine Etki Eden Semptomlar 13
2.5 Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Kullanılan Yöntemler 13
2.5.1 Farmakolojik Tedavi Yöntemleri 14
2.5.2 Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri 14
2.6 Sosyal Destek 15
2.6.1 Sosyal Destek Kaynakları 15
2.6.2 Sosyal Destek Türleri 16
2.7 Sosyal Destek ve Menopoz 16
2.8 Yaşam Kalitesi 17
2.9 Menopoz Dönemi ve Yaşam Kalitesi 18
2.10 Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları 19
3. GEREÇ ve YÖNTEM 21
3.1 Araştırmanın Türü 21
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 21
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 21
3.4 Veri Toplama Araçları 21
3.4.1 Tanımlayıcı Bilgi Formu 21
3.4.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 22
3.4.3 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği 22
3.5 Araştırmanın Uygulanması 23
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi 23
3.7 Araştırmanın Etik Boyutu 24
4. BULGULAR 25
5. TARTIŞMA 38
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 48
6.1 Sonuçlar 48
6.2 Öneriler 50
KAYNAKÇA 51

EKLER 65
EK-1 Tanımlayıcı Bilgi Formu 65
EK-2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 67
EK-3 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği 69
EK-4 Etik Kurul Onayı 71
EK-5 Kurum İzni 72
EK-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni 73
EK-7 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni 74
EK-8 Aydınlatılmış Onam Formu 75

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 25

Tablo 2: Kadınların Genel Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı 26

Tablo 3: Kadınların Obstetrik Öyküsüne Göre Dağılımı 27

Tablo 4: Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre Dağılımı 27

Tablo 5: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı 28

Tablo 6: Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı 29

Tablo 7: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 29

Tablo 8: Kadınların Genel Sağlık Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 31

Tablo 9: Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 32

Tablo 10: Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 33

Tablo 11: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 34

Tablo 12: MÖYKÖ Alt Boyut Puanları ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi 36

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Klimakterium Terminolojisinin Şematik Görünümü..... 7

KISALTMALAR LİSTESİ

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E2	: Estradiol
Ed.	: Editör
FSH	: Folikül Stimülan Hormon
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HRT	: Hormon Replesman Tedavisi
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein
LH	: Luteinizan Hormon
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
s. ss.	: Sayfa / Sayfalar
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	: Ve Benzeri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Menopoz, overial fonksiyonların kaybı ve hormon seviyelerindeki değişiklerle karakterize, üreme yeteneğinin kaybolmaya başladığı fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmakta olup görülme yaşı 45-55 yaşlar arasındadır (Aksoy, 2017; Gharaibeh, 2010; Jane ve Davis, 2014; Akdağ, Kaner ve Ayer, 2022). Menopozun görülme yaşı; etnik köken, genetik faktörler, menarş yaşı, gebelik sayısı, kullanılan kontraseptif yöntem, sigara kullanımı, geçirilen operasyonlar ve kronik hastalıklar gibi pek çok durumdan etkilenmektedir (Özsoy, 2019; Sievert, 2021).

Menopoz yaşına gelindiğinde, ovulasyon, over foliküllerinin tamamen tükenmesi ile sonlanır, östrojen salgılanamaz ve overlerde atrofi görülür (Pınar, Yıldırım, Aksoy ve Cesur, 2015). Östrojenin zamanla azalması sonucunda ise kadınlarda fiziksel ve ruhsal pek çok değişiklik görülmektedir (Aslantaş ve Ergin, 2011; Sis Çelik ve Pasinoğlu, 2013; Yüksel Koçak, Kaya ve Aslan, 2017). Menopoz döneminde yaşanan bu değişikler, vazomotor yakınmalardan psikolojik belirtilere, cinsel fonksiyon değişikliklerinden kas-iskelet sistemi problemlerine kadar bedenin farklı sistemleriyle ilgili sorunlara neden olmaktadır (Abay ve Kaplan, 2015; Erkin, Ardahan ve Kert, 2014). Kadınların yaşadıkları bu sorunlar eş, aile, iş ve arkadaş ilişkilerini de bozmakta ve buna bağlı olarak fizyolojik ve psikolojik problemler daha fazla artmaktadır (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Bu sorunların yaşanması ve görülme sıklığı pek çok faktörden etkilenmektedir (Abay ve Kaplan, 2015; Özdemir ve Kavak Budak, 2021). Kültürel faktörler, yaş, sosyo-ekonomik durum, menopoza yüklenen anlam, kronik sağlık sorunlarının varlığı, partner yada aile desteği, yaşam felsefesi gibi etkenler menopozal semptomları etkileyen faktörler arasında olduğu bilinmektedir (Özcan ve Oskay, 2013; Bener ve Falah, 2014; Hotun Şahin, 2020; Polat Orhan ve Şimşek Küçükkelepçe, 2021). Bu nedenle, menopoz döneminde kadınların yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler her birinde farklı şiddette ve sürede yaşanmaktadır (Orhan ve Yağmur, 2020).

Kadınların bu dönemde yaşadığı sağlık sorunlarının yanında, doğurganlık işlevlerinin kaybı, yaşlanma ile ilgili endişe duymaları, beden imajındaki değişiklikler, sosyal ve sembolik anlamlarla bütünleşerek yaşam kalitesini olumsuz yönde

etkilemektedir (Abay ve Kaplan, 2015; Erbaş ve Demirel, 2017). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) yaşam kalitesini; bireyin içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi içinde kendi konumunu algılama durumu olarak tanımlamıştır (Abay ve Kaplan, 2015; Erkin ve diğerleri, 2014). Yaşam kalitesi, devamlı bir gelişim içermesi nedeniyle çok boyutlu olup, genel olarak kişisel "iyi oluş hali" olarak bireylerin yaşamlarındaki sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerden etkilenmektedir (Orhan ve Yağmur, 2020; Aydın Özkan, Karaca, Şimşek Küçükkelepçe ve Bilgiç, 2019). Yapılan çalışmalarda, kadınların menopoz dönemindeki yakınmalarla yeterli düzeyde baş edemedikleri ve yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir (Erkin ve diğerleri, 2014; Abay ve Kaplan, 2015).

Menopoz döneminde kadınlar pek çok fiziksel ve ruhsal değişim yaşamaları nedeniyle çevresindeki kişilerin desteğine gereksinim duymaktadırlar (Aslantaş ve Ergin, 2011; Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Bu nedenle kadın yaşamında önemli yere sahip olan menopozal dönemde, sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi menopoza bağlı yakınmaların azaltılmasında yarar sağlayacaktır (Arslantaş, Adana, Kaya ve Turan, 2010; Li ve diğerleri, 2016). Sosyal destek, kişinin yaşadığı alanda, iletişim halinde olduğu çevresinden aldığı sosyal ve psikolojik destek olarak adlandırılmaktadır (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Kökkaya ve Demirci, 2018). Bireyler yaşadıkları alanda sosyal desteği; kişinin ailesi akrabaları, arkadaşları, komşuları, iş arkadaşları gibi yakın çevresinden almaktadır. (Güven, Şener ve Yıldırım, 2011; Sezen ve Ünsalver, 2018). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal desteğin yüksek düzeyde olmasının menopozal semptomları azalttığı saptanmıştır (Kökkaya ve Demirci, 2018; Zhao, Liu, Feng, Hou, Xu ve Li, 2019). Yapılan diğer çalışmalarda, kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopozal deneyimler üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve yaşam kalitelerini arttırmaya yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Moghani, Simbar, Dolatian ve Nasiri, 2016; Jalambadani, Rezapour ve Movahedi Zadeh, 2020).

Ülkemizde kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin ortalama 81 yıl olması, kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz döneminde geçirmesine neden olmaktadır (Abay ve Kaplan, 2015; Özdemir ve Uysal, 2019; TÜİK, 2020). Yaşam süresinin uzamasıyla, menopozun getirdiği sorunlar, önlenmesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin bilinmesine yönelik çalışmaların önemi anlaşılmıştır

(Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Gümüşay ve Erbil, 2018; Zhao ve diğerleri, 2019; Polat ve diğerleri, 2020; Özdemir ve Kavak Budak, 2021). Menopozda algılanan sosyal desteğin kadınların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin bilinmesi, daha nitelikli sağlık hizmeti sunulması ve kadınların yaşam standartlarının yükseltilmesi için son derece önemlidir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırma, menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkininin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3 Araştırma Soruları

Araştırmanın amacına yönelik sorular aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

1) Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi nedir?
2) Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesi düzeyi nedir?
3) Menopoz dönemindeki kadınların sosyo-demografik, genel sağlık, obstetrik ve menopozal dönem özelliklerine göre algılanan sosyal destek düzeyi değişir mi?
4) Kadınların sosyo-demografik, genel sağlık, obstetrik ve menopozal dönem özelliklerine göre menopoza özgü yaşam kalitesi değişir mi?
5) Kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi ile menopoza özgü yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakterium

Klimakterium, Yunanca "klimkterikoz" kelimesinden türetilmiş olup merdiven basamağı anlamına gelmektedir (Taşkın, 2020). Cinsel olgunluk döneminden sonra kadının üreme sisteminde ve yeteneğinde bazı değişikliklerin yaşandığı aynı zamanda yaşlılık dönemine geçiş sürecidir (Özsoy, 2019; Engin ve Aydın Kartal, 2020). Bu dönem kadın yaşamının yaklaşık üçte birini oluşturmakta olup 45-50 yaşlarında başlayıp yaşlılık döneminin başladığı 65 yaşa kadar devam etmektedir (Vural Aktan ve Özdemir, 2020; Takahashi ve Johnson, 2015).

Klimakterik dönemde pek çok psikolojik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu dönemin en belirgin özelliği overlerin işlevini yitirmesi ve menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıyla karakterize olan menopozun yaşanmasıdır (Dündar ve Aksu, 2021). Kadınlar bu dönemdeki değişimlerden dolayı yaşamlarında bir takım sağlık problemi ile karşılaşabilmektedir. Yaşanan bu problemlere baktığımızda sıklıkla; baş, eklem ve kas ağrıları, sıcak basması, uyku problemleri, cinsel sorunlar, inkontinans ve depresyon gibi sorunların yaşandığı görülmektedir (Taşkın, 2020; Vural Aktan ve Özdemir, 2020).

2.2 Klimakterik Dönem ve Menopoz

Klimakterik dönem kadının doğurgan olduğu evreden, üreme özelliğinin olmadığı evreye geçişini kapsayan yaşam periyodudur. Menopoz ise klimakterik dönemin içinde yer alan doğal bir yaşam sürecidir (Pınar ve diğerleri, 2015; Ceylan ve Özerdoğan, 2015).

Klimakterik dönemde başlayan ovarial foliküllerdeki azalma ile beraber östrojen üretimi düşer, overlerde üretimin tamamen tükenmesiyle östrojen salınımı durur ve overlerde atrofi görülür. Sonuçta üreme siklusu kaybolur ve menopoz ortaya çıkar (Taşkın, 2020). Klimakterik dönem, premenopozal, menopozal, perimenopozal ve postmenopozal olmak üzere dört farklı şekilde karşımıza çıkmaktadır (Pınar ve diğerleri, 2015).

2.2.1 Premenopozal Dönem

Premenopozal dönem, klimakterik dönemin ilk fazı olup, menopozdan önceki 2-6 yıllık süreci kapsamaktadır. Başlangıç yaşı ortalama 40 yaş civarındadır (Pınar ve diğerleri, 2015; Bekmezci ve Altuntuğ, 2020). Bu dönemde düzensiz menstrual sikluslar görülmekte ve doğurganlık devam etse dahi fertilite şansı azalmıştır. Mentstrual siklusta meydana gelen dalgalanmalar sonucunda sıcak basmaları, yorgunluk, baş ağrısı gibi premenopozal yakınmalar bu dönemde ortaya çıkmaktadır (Ergül ve Temel, 2006; Taşkın, 2020).

2.2.2 Menopozal Dönem

Menopoz, kadınların üreme dönemlerinden, overlerin foliküler fonksiyonlarındaki düşüş nedeniyle üreme yeteneklerinin kaybolduğu döneme geçiş yaptıkları doğal bir yaşam sürecidir (Minkin, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "ovaryum aktivesinin yitirilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması" şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1996). Over fonksiyonlarının kaybı ve menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması süreci olan menopozun, başlangıcını kesin olarak ifade edebilmek için son menstruasyon üzerinden en az 12 ay geçmesi gerekmektedir (Kutlu Yücel, 2015). Menopoz genel olarak, kadınlarda menstruasyon döneminin bittiği ve yaşam tarzında değişikliklere neden olan ve psikolojik zorlukların yaşandığı dönem olarak nitelendirilmektedir (Bhore, 2015; Yazdkhasti, Simabar ve Abdi, 2015).

Menopoz farklı şekillerde oluşabilmektedir. Over fonksiyonlarının patolojik herhangi bir olay olmaksızın sonlanması ve bir yıl menstrüasyon kanamasının tamamen olmaması durumunda ortaya çıkan menopoz şekline doğal menopoz denilmektedir. Ayrıca erken menopoz olarak adlandırılan 40 yaşından önce overlerin fonksiyon kaybı sonucu meydana gelen erken menopoz olarakta adlandırılan menopoz şekline de prematür ovarian yetmezlik denilmektedir. Kadının yaşından bağımsız olarak, patolojik sebeplerle overlerin cerrahi işlemlerle alınması sonucunda ise cerrahi menopoz oluşmaktadır (Pınar ve diğerleri, 2015; Kutlu Yücel, 2015).

Menopoza girme yaşı dünya çapında ortalama 51 olup 45-55 yaşlar arasında değişmektedir (Velioğlu ve Gürkan, 2021; Gharaibeh, 2010; Jane ve Davis, 2014). Ülkemizde ise 45- 48 yaşlarında olduğu belirtilmektedir (Aksoy, 2017; Sis Çelik ve Paasinoğlu, 2013). Menopoza girme yaşı, etnik köken, genetik faktörler, menarş yaşı, geçirilen gebelik sayısı, kullanılan kontraseptif yöntem, sigara kullanımı, geçirilen

operasyonlar ve kronik hastalıklar gibi pek çok durumdan etkilenmektedir (Özsoy, 2019; Sievert, 2021). Gelişmiş ülkelerde, kadınların menopoza girme yaşları ortalama 48-51 yaş arasındadır. Bununla birlikte gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde menopoza girme yaşı gelişmiş ülkelere göre daha erken olup 44-46 yaşları arasında görülmektedir (Roman Lay ve diğerleri, 2018; Dunneram, Greenwood ve Cade, 2019; Velioğlu ve Gürkan, 2021).

Menopoz dönemdeki kadınlarda östrojen azalması sonucunda fiziksel ve ruhsal pek çok değişiklik meydana gelmektedir. Yaşanan bu değişiklere bağlı olarak bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (Kutlu Yücel, 2015; Ceylan ve Özerdoğan, 2015). Bu sorunlara bakıldığında kadınların; kas-eklem ağrıları, kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları, gece terlemeleri, sıcak basmaları gibi somatik problemler, cinsel organlarda atrofi, cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk, disparoni, üriner sistem enfeksiyonları gibi ürogenital şikayetler ve bunların yanı sıra uyku sorunları, depresyon, anksiyete, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik gibi ruhsal değişlikler olduğu görülmektedir (Sis Çelik ve Pasinoğlu, 2014; Erkin ve diğerleri, 2014; Stefanska, Bergman ve Sypniewska, 2015). Bu dönemde yaşanan tüm bu problemler kadının hayatını etkileyerek, kendisinin ve yakınlarının da yaşam kalitesini bozabilmektedir (Dündar, 2021).

2.2.3 Perimenopozal Dönem

Menstrual siklus düzensizliklerinin başladığı premenopoz dönemini ve son menstruasyondan bir yıl sonrasına kadar olan süreci kapsayan dönemdir (Pınar ve diğerleri, 2015). Perimenopoz; premenopozu, menopozu ve menopozdan sonraki ilk bir yıllık süreci kapsamaktadır (Dağhan, Toraman, Erkin ve Kocademir, 2014). Perimenopozal döneme, menopozal geçiş süreci olarak da tanımlanmaktadır (Bekmezci ve Altundağ, 2020).

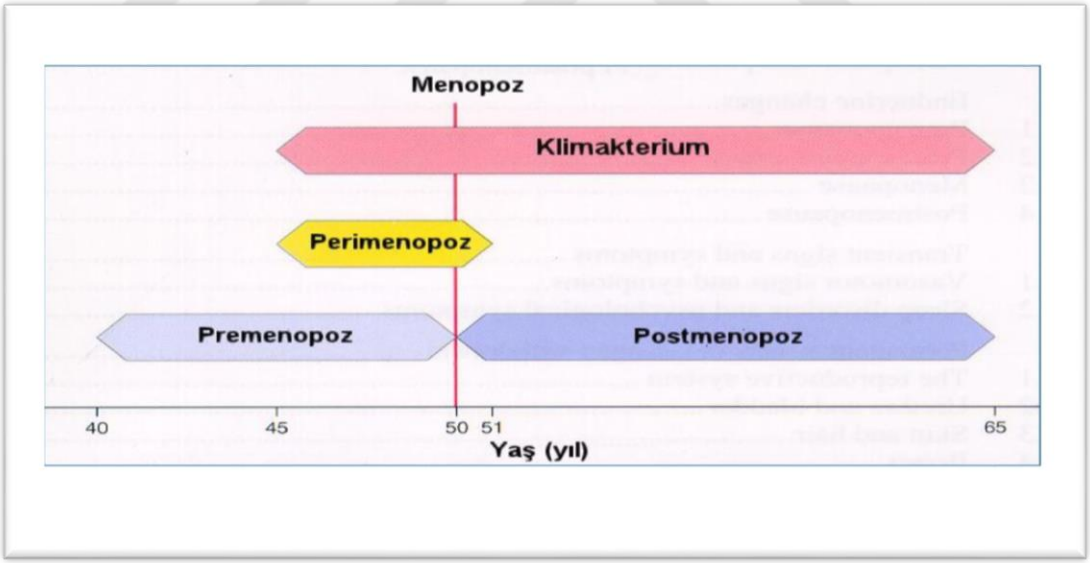
2.2.4 Postmenopozal Dönem

Menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreci kapsayan, over fonksiyonlarının tamamen işlevini yitirdiği ve doğurganlığın ortadan kalktığı dönemdir (Bekmezci ve Altuntuğ, 2020). Bu dönemde kadınlar aynı zamanda yaşlılığa bağlı olarak vajinal atrofi, osteoporoz, kardivasküler sistem problemleri, metabolik değişiklikler ve tip 2 diyabet gibi şikayetlerle karşılaşabilmektedir (Kutlu Yücel, 2015; Taşkın, 2020).

2.3 Menopozun Fizyolojisi

Yaşam döngüsü içinde over foliküllerinin sayısı puberteyle beraber zamanla azalmakta ancak 40'lı yaşlara gelindiğinde bu azalma hızlanmaktadır. Böylece kadınlarda anovulatuar sikluslar görülmeye başlamakta aynı zamanda sikluslar arası uzamaktadır (Buckler, 2005; Kanıt, 2012). Bu durum, 2-8 yıllık zaman diliminde menopozun gerçekleşeceğini göstermektedir (Aba, Ataman, Aytek ve Şık, 2016).

Menopoz yaşına gelindiğinde, ovulasyon, over foliküllerinin tamamen tükenmesi ile sonlanır, östrojen salgılanmaz ve overlerde atrofi görülür (Pınar ve diğerleri, 2015). Menopoz öncesi dönemde, östrojen üretiminin giderek azalması ile hipotalamusta bir negatif feed-back oluşur. Bu feed-back mekanizmasının devreye girmesiyle zamanla önce FSH'ın, sonra da LH'ın yükselmesine sebep olur. Üreme çağı proliferasyon fazı değerlerine göre FSH yaklaşık 13 kat artarken LH da 3 kat artar. FSH>40 IU /L ye ulaştığında ise artık son adet kanaması dediğimiz menopoz dönemi yaşanmaktadır. Östrojenin zamanla daha da düşmesi sonucu menstrual döngü tamamen biter ve postmenopozal dönem başlar (Kanıt, 2012; Kutlu Yücel, 2015; Özkan, 2016).



Şekil 1. Klimakterium Terminolojisinin Şematik Görünümü (Canbolat, 2012)

2.4 Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar

Menopoz, doğal fizyolojik bir olgunlaşma dönemi olmakla birlikte, aynı zamanda menopoza özgü semptomların yaşandığı, psikolojik ve sosyal sorunların meydana geldiği bir yaşam dönemidir (Sharma, Tandon ve Majahan, 2007; Yılmaz ve

Oral, 2015). Bu dönem sadece fertilite yeteneğinin kaybı ile ilişkili olmayıp bununla birlikte kadınların sosyal yaşamlarını, sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen pek çok değişimi içermektedir (Benjamin ve diğerleri, 2016; Karmakar, Majumdar, Dasgupta ve Das, 2017).

Menopozda görülen bu değişimler, kadınlar arasında farklılık göstermekle birlikte; kültürel faktörler, sosyo-ekonomik durum, menopoza verilen anlam, kronik sağlık sorunlarının varlığı, partner ya da aile desteği gibi etkenler menopozal semptomları etkilemektedir (Jane ve Davis, 2014; Gönenç ve Koç, 2019). Kadınlar bu gibi değişkenlere bağlı olarak semptomları hafif ya da daha şiddetli yaşayabilmektedir (Özcan ve Oskay, 2013; Hotun Şahin, 2020). Genel olarak menopoza karşı gösterilen tutumum olumsuz olması, menopozda yaşanan semptomların şiddetini artıracağı bildirilmiştir (Ayers ve diğerleri, 2015). Yaşanan semptomlar genellikle premenopozal dönemde başlayarak ortalama 1-5 yıl süresince devam edebilmektedir (Yılmaz ve Oral, 2015).

Kadınlar bu dönemde, en çok vazomotor semptomları yaşarken; duygu durum değişiklikleri, kolay yorulma ve uykusuzluk, vajinal kuruluğa bağlı disparoni, kas kemik ağrıları, ürogenital semptomlar ve osteoporoz riskiyle de karşı karşıya kalabilmektedirler (Santaro ve diğerleri, 2015; Gümüşay ve Hotun Şahin, 2019).

2.4.1 Kısa Dönemde Görülen Semptomlar

2.4.1.1 Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar, premenopozal dönemden itibaren görülmeye başlanıp postmenopozal dönemde de kadınların en sık yakındığı semptomlar arasındadır (Reid ve diğerleri, 2014; Augoulea ve diğerleri, 2019). Vazomotor semptomlar, yüz, boyun ve göğüste ani bir sıcaklık artışı ile ortaya çıkarak, kızarıklık, kalp çarpıntısı, titreme, terleme ve ardından üşüme hissi ile karakterizedir (Ward ve Deneris**,** 2018; Wu ve diğerleri, 2020). Vazomotor semptomların patofizyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen, menopoz nedeniyle östrojen yetersizliğinin hipotalamik termaregülatör sistemine olumsuz etkilerine bağlı olarak meydana geldiği düşünülmektedir (Roberts ve Hickey, 2016).

Vazomotor semptomlar, menopozal dönemdeki pek çok kadını etkilemekle birlikte bu kadınlar arasında da şiddet, sıklık ve süre açısından değişiklikler olabilmektedir. Kadının eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durumu, sigara içme

alışkanlığı ve beden kitle indeksi gibi etkenler bu semptomların sıklık, şiddet ve süresini etkileyebilmektedir (Santoro ve diğerleri, 2015; Gümüşay ve Hotun Şahin, 2019). Bu semptomlar, duygu durum bozuklukları, ani sinirlilik, artan stres, unutkanlık, uykusuzluk, depresyon, anksiyete ve dikkat dağınıklığı ile beraber görülebilmektedir (Jehan ve diğerleri, 2015). Vazomotor semptomlardan en sık görüleni ateş basması olup, perimenopoz ve postmenopozal evredeki kadınların yaklaşık %75-85'inin bu durumu yaşadığı görülmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Gümüşay ve Hotun Şahin, 2019). Sıcak basmaları gün içinde yaşanmakla birlikte geceleri şiddetini artırmaktadır. Bu durum kadınların günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine ve uyku sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır (Yılmaz ve Oral, 2015; Daley ve diğerleri, 2014).

2.4.1.2 Psikolojik Semptomlar

Menopozal dönemde östrojen seviyesindeki dalgalanmaların merkezi sinir sistemi etkilemesi sonucunda pek çok psikolojik problem sorun ortaya çıkabilmektedir. Bunun yanı sıra doğurganlığın kaybolması ve buna verilen değer algısı, yaşlılığa bağlı hastalıklar, yaşlanmaya bağlı bağımlılığın artması, ekonomik zorlukların yaşanması da psikolojik semptomların ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (Santoro ve diğerleri, 2015; Pınar ve diğerleri, 2015). Yaşanan bu semptomlara baktığımızda kadınlarda özgüven kaybı, yaşamdan zevk alamama, korku, kaygı, sinirlilik, alınganlık, konsantrasyon güçlüğü gibi psikolojik semptomların yaşandığı görülmektedir. Menopoz ile beraber kadınların psikolojik sorun yaşama durumlarının yaklaşık olarak 2-4 kat artış gösterdiği belirtilmektedir (Özcan ve Oskay, 2013; Gümüşay ve Hotun Şahin, 2019).

Yapılan çalışmalara bakıldığında, Dündar ve Aksunun yaptığı çalışmada kadınların yarısının sinirlilik ve gerginlik hissini yaşadığı, Tümer ve Kartal'ın çalışmasında kadınların en fazla psikolojik semptomları olduğu ve Ghazanfarpour ve arkadaşlarının yaptığı çalımada ise ikinci sırada psikolojik semptomlar yaşandığı saptanmıştır (Dündar ve Aksu, 2021; Ghazanfarpour ve diğerleri, 2015).

2.4.1.3 Ürogenital Semptomlar

Kadınlarda menopoz döneminde östrojen azalması nedeniyle ürogenital yakınmalar, en sık görülen sorunla arasında yer almaktadır (Özcan ve Oskay, 2013). Bu dönemde uterus, vajina, üretranın distal kısmı ve vulvada östrojen yetersizliğine

bağlı olarak atrofi oluşur. Genital atrofiye bağlı olarak vajinal kuruluk ve disparoni, uterus prolapsusu, sistosel-rektosel, stres inkotinans, vulvada puriritis, konstipasyon ve genitoüriner enfeksiyonları gibi sorunlar oluşabilmektedir (Hunter, 2016; Fışkın ve diğerleri, 2017; Smail ve diğerleri, 2019; Raz, 2011; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

Tüm bu sorunlar tedavi olmadan düzelmeyen sağlık sorunları olup aksine ilerlemekte kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Fakat buna karşın menopozal dönemdeki kadınlar genitoüriner pek çok yakınmaları yaşamasına karşın yardım istemekte gecikmektedirler (Santoro ve diğerleri, 2015; Süt ve Küçükkaya, 2018).

2.4.1.4 Seksüel Semptomlar

Menopozal dönemde cinselliğin etkilenmesine sebep olan pek çok faktör bulunmaktadır. En önemli faktör menopoz ve sonrası dönemde meydana gelen östrojen seviyesindeki azalmadır. Azalan östrojen ile birlikte vajinal atrofi oluşur, vajen elastikiyetini kaybeder. Aynı zamanda serviks ve vajende kan akımı ve salgının azalmasıyla birlikte vajinal kuruluk meydana gelmektedir. Vajendeki bu değişimler disparoniye sebep olarak cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir (Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014; Yılmaz ve Oral, 2015; Gümüşay ve Hotun Şahin, 2019).

Vajinal atrofinin yanı sıra bu dönemde, kadının beden algısını etkileyen kilo değişiklikleri, deride kırışıklıklar ve renginde değişiklikler, memelerde sarkma, erkek tipi yağlanma gibi bedensel değişikler cinsel isteksizliğe neden olabilmektedir (Bozkurt ve Sevil, 2016; Thornton ve diğerleri, 2015). Bunların yanı sıra pelvik kasların zayıflamasıyla birlikte meydana gelen prolapsus, sistosel, rektosel ve inkontinans gibi durumlar da kadınların cinsellikten kaçınmalarına sebep olup cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Sis Çelik ve Pasinoğlu, 2013; Depypere, 2016). Menopoz semptomlarından biri olan sıcak basması da cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Genellikle uyku sırasında ortaya çıkan sıcak basması, partnerlerine yakın uyumaktan hoşlanan kadınların daha uzak yatmasına ya da yatakları ayırmasına neden olabilmektedir. Bu durum cinsel istekte azalma ve çiftler arası uyum sorunlarının yaşanmasına da yol açabilmektedir (Bozkurt ve Sevil, 2016). Ayrıca gelişmekte olan toplumlarda yada fertiliteye çok önem verilen toplumlarda, kadın

değerini kaybetme korkusu ile cinsel sorunlar yaşayabilmektedir (Erbaş ve Demirel, 2017).

2.4.1.5 Uyku ile İlgili Semptomlar

Menopozal dönemde, uyku problemleri en sık yaşanan yakınmalardan biridir (Timur ve Şahin, 2010; Santoro, 2015). Bu dönemde şiddetli vazomotor ve psikolojik semptomları olan kadınlar, uyku ile ilgili sorunları daha sık yaşamakta ve uyku kalitesi daha fazla olumsuz etkilenmektedir (Barrett-Connor, 2013; Santoro, 2015).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, perimenopozol evrede vazomotor semptomların geceleri sık sık uyanmaya sebep olduğu, başka bir çalışmada ise postmenopozol evrede vazomotor semptomların ve depresyonun uykuya dalmada güçlük yaşanmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Zamboti, Colrain, Javitz ve Baker, 2014; Vousoura ve diğerleri, 2015).

2.4.1.6 Saç, Cilt ve Tırnak ile İlgili Semptomlar

Östrojenin deri, saç ve tırnak üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Menopoz döneminde östrojenin azalmasıyla, saçlarda dökülme artar, tırnaklar daha kırılgan ve hassas hal alır (Herman ve diğerleri, 2013; Monteleone, 2018). Bunun yanı sıra deri elastikiyetini kaybeder, hidrasyonunu azalır ve ciltte kırışıklıklar ve deri renginde değişimler meydana gelir (Calleja-Agius ve Brincat, 2012; Herman ve diğerleri, 2013).

2.4.1.7 Gastrointestinal Sistem ile İlgili Semptomlar

Ağız mukozası östrojen reseptörleri yönünden oldukça zengin olup menopoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte ağızda kötü tat, ağız kuruluğu ve diş eti problemleri gibi pek çok sorun görülebilmektedir. Kolon spazmı ile birlikte hemoroid, distasyon ve konstipasyonda artış söz konusu olmaktadır. Postmenopozal dönemde, barsak mukoza atrofisi, mide sekresyonlarında düşüş, gastrik reflü ve safra taşı oluşumu riski artmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu 2007; Demirtaş, 2017). Östrojen seviyesindeki dalgalanmalar, diğer hormonları ve metabolizmayı etkileyerek, iştahta değişiklikler görülmesine, yaşla birlikte azalan metabolik hız ve fiziksel aktivite sonucunda kilo artışları görülmektedir (Reid ve diğerleri, 2014; Özsoy, 2019).

2.4.2 Uzun Dönemde Görülen Semptomlar

2.4.2.1 Kas İskelet Sistemi ile İlgili Semptomlar

Menopoz döneminde kas-iskelet sistemine ile ilgili sorunlar genel olarak, eklem ve kas ağrısı, vücut hacminde azalma, kemik kırığı riskinde artış ve hareket esnekliğinde azalma şeklindedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Monteoleone ve diğerleri, 2018).

Kemik hücrelerinde östrojen reseptörleri mevcut olup kemik metabolizmasında emilimi bastırma ve yapımı artırma etkisi bulunur (Taşkın, 2020). Kemik kütlesi kadın ve erkekte 20-30'lu yaşlarda en yüksek düzeydedir ve bu yaşlarda kemik yapım ve yıkımı dengededir. Bu yaşlardan itibaren hem kadınlarda hem de erkeklerde ostoblastik aktivite giderek azalmaktadır. Fakat kadınlarda osteoporoz ve kemik kırılma riskleri erkeklere oranla daha yüksektir. Menopoz sonrası ilk 6 yıl kemik kaybı (osteoporoz) ortalama %3,9/yıl iken bunu izleyen yıllarda ise %1/yıl civarındadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Özsoy, 2019). Bu kaybın %52-66'sı östrojendeki azalmayla ilişkili olup geri kalanı ise yaşlanmaya bağlıdır (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

2.4.2.2 Kardiyovasküler Semptomlar

Dünyada kalp hastalıkları kadın ve erkek popülasyonu için önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Kadınlar doğurganlık dönemi boyunca östrojenin olumlu etkisi nedeniyle kardiyovasküler hastalıklardan korunurlar. Fakat menopozal dönemde azalan östrojen seviyesiyle birlikte damar sertliği ve kalp krizi riski artmaktadır. Erkekler kardivasküler hastalıklar açısından 50 yaş altı kadınlardan üç kat daha fazla ölüm riski altında iken 65 yaşlarda bu risk neredeyse her iki cinsiyet içinde eşitlenmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007; Özkan, 2016).

Östrojen, kardiyovasküler hastalık riskini çeşitli mekanizmalarla azaltmaktadır. Östrojen lipid metobozlizmasını etkiler ve kardiyovasküler sisteme koruyucu işlevi olan yüksek dansiteli lipoproteinleri (HDL) artırıp, koroner kalp hastalıkları riskini yükselten düşük dansiteli lipoproteinlerin (LDL) ve kolesterolün düşmesini sağlamaktadır (Beckmann, 2015). Ancak premepozal dönemde düşmeye başlayan östrojen, postmenopozal dönemde daha da azalır. Total kolesterol, trigliserid ve LDL düzeyleri yükselirken, HDL de yavaş yavaş düşer. HDL/LDL oranında oluşan bu değişim, hafif çarpıntı, arteroskleroz, angina pektoris ve koroner kalp hastalığı

riskinin yükselmesine neden olur. Böylece menopozdan 10 yıl sonra kalp hastalıklarında artış görülmektedir (Yılmaz ve Oral, 2015; Özsoy, 2019).

2.4.2.3 Merkezi Sinir Sistemine Etki Eden Semptomlar

Östrojen beyindeki nöronlar arasındaki iletişimi kolaylaştırmaktadır. Menopozal dönemdeki östrojen seviyesindeki dalgalanmalar motor fonksiyon ve sözel bellekte sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Postmenopozal dönemdeki kadınların bilişsel fonksiyonlarında, menopozal dönemindeki kadınlara kıyasla azalma olduğu görülmektedir (Weber ve diğerleri, 2013).

Menopozal dönemdeki kadınlarda, bilişsel sorunların giderilmesine yönelik östrojen kullanımı fayda sağlayabilmekte ancak sadece bilişsel sorunların çözümü için kullanılması önerilmemektedir. Depresyonun eşlik ettiği bilişsel semptomların tedavisinde antidepresanların kullanımının fayda sağladığı bildirilmektedir (Santoro, 2015). Aynı zamanda bu dönemde sıcak basması şikayeti yaşayan kadınların, uyku bozukluğu ve bilişsel fonksiyonlarında azalma olduğu, bu nedenle bilişsel sorunların çözümünde, vazomotor semptomlarında giderilmesine yönelik girişimler önerilebilmektedir (Regestein ve diğerleri, 2015).

2.5 Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Kullanılan Yöntemler

Menopoz kadın yaşamı sürecinin doğal bir parçası olmakla birlite bu süreçte meydana gelen fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Menopozal dönemde ortaya çıkan bu semptomların çoğu östrojen eksikliğine bağlı olmakla birlikte yaşlanma sürecinden de kaynaklanabilmektedir. Kadınların yaşadıkları bu semptomlar bölgelere, ülkelere, kadınların bireysel özellikleri gibi pek çok etkene göre çeşitlilik göstermekte ve menopozal semptomlarda kullanılacak yöntemlerin kadınların ihtiyaçlarına yönelik planlanması gerekmektedir. (Dişli, Kaydırak ve Şahin, 2022; Özsoy, 2019; Büyükkaplan ve diğerleri, 2020). Bu nedenle menopozal semptomlarla başetmede ortak bir standart yaklaşım bulunmamaktadır (Özsoy, 2019).

Menopozal semptomlarla baş etme yöntemleri arasında pek çok farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler yer almaktadır (Engin ve Aydın Kartal, 2020).

2.5.1 Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Hormon Replasman Tedavisi (HRT), menopozal semptomları gidermek amacıyla östrojen ve/veya progesteron içeren preperatların kullanılarak uygulanan tedavi şeklidir (Hotun Şahin, 2020). Menopoz dönemindeki kadınların bu döneme özgü yakınmalarını özellikle ilk zamanlarda ortaya çıkan vazomotor semtompların, ürogenital sorunların ve osteoporozun tedavisinde hormon replasman tedavisi önerilebilmektedir (Taşkın, 2020). Ayrıca HRT vajinal kuruluk buna bağlı disparoni, uyku ve yaşam kalitesini de alınan tedavi olumlu etkileyebilmektedir (Özsoy, 2019).

Menopozal yakınmaların hormonal tedavi yöntemleri; sadece östrojen (oral, transdermal, vajinal halka) yada progesteron (oral, intrauterin) ve östrojen ve progesteron kombinasyonları (oral, transdermal) şeklinde kullanılabilmektedir. Tedavide kullanılacak bu hormonal preperatlar, hastanın menstrüel siklus düzeninin devam etme özelliğine, menopozun doğal yada cerrahi yolla gerçekleşme durumuna ve tedavi hedeflerine göre değişiklik göstermektedir (Hotun Şahin, 2020; Özsoy, 2019).

2.5.2 Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri

Hormon replasman tedavisi menopozal semptomlarla baş etmede bilinen en etkili tedavi yöntemi olmasına karşın pek çok kadın HRT'nin hormonların yan etkilerinin bulunması, ulaşımının güç olması gibi nedenlerden kaynaklı nonfarmakolojik yöntemlere başvurmaktadırlar (Demirci, 2015).

Menopozal semptomlar için kullanılan bu nonfarmakolojik yöntemlere bakıldığında en sık akupunktur, homeoterapi, egzersiz, pilates, masaj, diyet değişikliklerinin uygulanması, bitkisel tedaviler, fitoöstrojenler, bazı vitaminleri (D,K,E vitaminleri) kullanılmaktadır (Özcan ve Eryılmaz 2017; Özsoy, 2019). Menopozal semptomlara yönelik nonfarmakolojik tedavi yöntemlerini doğal ürünler ve zihin-beden uygulamaları olarak iki kategoride incelemek mümkündür (Kaba ve Demirel Bozkurt, 2020).

Menopozal semptomlarla başetmek için kullanılan nonfarmakolojik tedavi yöntemi olan doğal ürünler; fitoöstrojenler ve sarı kantaron, çuha çiçeği, karayılan otu, melek otu gibi bitkisel ürünlerden oluşmaktadır. Bu dönemde yapılan zihin-beden uygulamaları yöntemleri ise hipnoterapi, yoga, egzersiz, aromaterapi, akupunktur ve

sosyal destekten oluşmaktadır (Özcan ve Oskay, 2013; Çetin ve Eroğlu, 2015; Engin ve Aydın Kartal, 2020).

2.6 Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin yaşadığı alanda, iletişim halinde olduğu çevresinden aldığı her türlü yardım olarak adlandırılmaktadır (Sezen ve Ünsalver, 2018). Sosyal destek, intrauterin hayatta hissedilmeye başlayarak bebek dünyaya gözlerini açtığında devam eder ve ona hayatı boyunca eşlik eder. İnsanların temel ihtiyaçlarından olan sevgi, sayılma, benlik saygısı, bir gruba ait olabilme gibi gereksinimlerini karşılayan sosyal destek bireyi fiziksel ve psikolojik yönden olumlu etkiler (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Kökkaya ve Demirci, 2018).

Son yıllarda, sosyal desteğin sağlık açısından önemi artmaya başlamıştır. Genel sağlık ve kişinin refahı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Çetinkaya ve Korkmaz, 2019; Şimşek ve diğerleri, 2018). Bu destek kişilerin fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak duydukları ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmakta ve kişilerin hayatında stres yaratan olayların yaşam kalitesi üzerine etkilerine pozitif katkı sağlamaktadır. Bu nedenlerle sağlığın yükseltilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Şimşek ve diğerleri, 2018; Özdemir ve Kavak Budak, 2021).

2.6.1 Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek varlığı bireylerin sağlıklarını doğrudan etkilemektedir. Böylece sosyal destek yokluğunda veya eksikliğinde bu durum, bireylerin hasta olmalarına sebebiyet verebilmektedir. Bununla beraber, yapılan araştırmalar evlilik, aile, yakın arkadaş ve komşuluk ilişkileri gibi kurulan ilişki çeşitlerinin sayısı çoğaldıkça bireylerin yaşam sürelerinin yükseldiğini göstermektedir (Kökkaya ve Demirci, 2018). Bireyin sosyal çevre varlığı onun problemleriyle baş etme becerilerini geliştirip çeşitli stresörlerle mücadelesini kolaylaştırır (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Bireyler yaşamında sosyal desteği; kişinin ailesi, akrabaları, arkadaşları, komşuları, iş arkadaşları gibi yakın çevresinden almaktadır. İhtiyaç halinde sağlık profesyonelleri de (sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, ilgili konuda danışmanlık yapan uzmanla) bireylere sosyal destek sağlayabilmektedir (Mermer ve diğerleri, 2010; Sezen ve Ünsalver, 2018).

2.6.2 Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek, duygusal destek, maddi yardım, takdir, kişilerin problemleriyle başa etmesine yardımcı olma, bireye saygı duyma biçiminde olup, miktarı ve şekli kişinin yaşamı boyunca yaşadığı olaylardan etkilenebilmektedir (Yıldırım, 2004).

Duygusal Destek: Bireylerin ilgi, sevgi, güven duygularının iletilmesini sağlayan destek çeşididir.

Takdir Desteği: Bireyin problemleri ya da tüm kusurlarıyla birlikte bireyi olduğu şekilde kabullenilmesi ve tüm bunlara rağmen saygı duyulduğunun hissettirilmesi şeklinde verilen destek türüdür.

Maddi Destek: Bireylerin problemlerini çözebilmesi ya da baş edebilmesi için herhangi bir maddi yardım ya da bu durum için araç-gereç ve hizmet verilmesiyle sağlanan destek şeklidir.

Saygı Desteği: Bireylerin karşılaştıkları sorunları çözebilmeleri için özgüvenlerini yükseltmeye yönelik verilen destek çeşididir.

Bilgisel Destek: Bireylerin problemlerinin çözülmesine yarayacak bilgilerin sağlanması yada becerilerin öğretilmesi yoluyla verilen destek çeşidini ifade eder.

Beraberlik Desteği: Bireylerle birlikte boş zamanların yada boş zaman oluşturacak şekilde birlikte geçirilmesine dayanan destektir (Güven, Şener ve Yıldırım, 2011; Yalçın, 2015).

2.7 Sosyal Destek ve Menopoz

Sosyal destek, bireylerin yaşadıkları fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunların önlenmesi, giderilmesi ve tedavi edilmesinde fayda sağlamaktadır. Aynı zamanda yaşadıkları zorluklarla baş edebilmelerinde önemli bir kaynaktır (Sezen ve Ünsalver, 2018). Yapılan çalışmalara bakıldığında, sosyal desteğin, bireylerin yaşam boyu iyi oluşuna katkı sağladığı görülmektedir (Anderson ve diğerleri, 2017; Carlson ve Miller 2017; Shim ve diğerleri, 2017; Bell ve diğerleri, 2018; Iwanowicz-Palus ve diğerleri, 2019; Czarnecka ve diğerleri, 2021).

Bireylerin aldıkları sosyal destek, onların yaşamlarında karşılaşabilecekleri stres yaratan olayların zararlarını azaltıp, bedensel ve psikososyal iyilik halini korumakta ve aynı zamanda yaşam kalitesini pozitif yönde etkilemektedir. Bu nedenle kadın yaşamında önemli bir dönem olan menopozal dönemde, kadınların etkileşim

kurabilecekleri sosyal çevresinin artırılarak sosyal destek ağının geliştirilmesi menopoza bağlı yakınmaların en aza indirilmesinde yarar sağlayacaktır (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017).

Ülkemizde 2018 yılında klimakterik dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal desteğin menopozal tutum ve yakınmalar üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada, kadınların algıladıkları sosyal destek yükseldikçe, menopozal yakınmalarda ve özellikle fiziksel ve psikolojik olanlarda düşüş olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, sosyal desteği yüksek olan kadınların menopozu olağan bir yaşam süreci olarak kabul ettiği ve bu sürecin kadınsı özelliklerini etkilemediğini, kendisini daha az depresif ve sinirli hissettiği, yaşama karşı olan ilgisini kaybetmediği ve bu dönemde olmaktan mutlu olduklarını belirtmişlerdir (Kökkaya ve Demirci, 2018). Perimenopozun farklı alt evrelerinde menopoz semptomlarının şiddetini ve bu semptomların perimenopozal kadınlarda sosyal destek ile ilişkisini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada ise, yüksek aile desteğinin menopoz semptomlarını azalttığı tespit edilmiştir (Zhao ve diğerleri, 2019). Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopozal semptomlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da sosyal destek arttıkça menopoz semptomlarının azaldığı belirlenmiştir (Polat ve diğerleri, 2021). Yapılan başka bir çalışmada ise premenopozal dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal desteğin içsel iyi oluş düzeyini olumlu etkilediği ve anksiyete belirtilerini azalttığı saptanmıştır (Li ve diğerleri, 2021).

2.8 Yaşam Kalitesi

Bireylerin sağlıklarının düzeyini tanımlamak için kullanılan geleneksel ölçütler (hastalık, ölüm, beklenen yaşam umudu vb.) sağlığın değerlendirilmesinde yetersiz kalmaktadır. Çünkü sağlık evrensel bir kavram olmasına rağmen anlamı kişiden kişiye, toplumdan topluma çeşitlilik gösterebilmektedir. Bu amaçla günümüzde yaşam kalitesine ilişkin araştırmalar hız kazanıp açıklık getirilmeye çalışılmaktadır. Yaşam kalitesi, bireylerin genel sağlık durumlarının ötesinde, bireysel iyilik halini de kapsayan oldukça geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel hallerinin, psikososyal işlevleri üzerinde olan etkilerini değerlendirir (Erkin ve diğerleri, 2014; Aydın Özkan ve diğerleri, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; kişilerin yaşadıkları toplumun kültürü içinde amaçları, istekleri ve yaşam standartları yönünde yaşamdaki durumlarını nasıl

algıladıkları şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi sübjektif bir kavram olup aynı zamanda, kişisel iyilik hali olarak nitelendirilmekte ve kişilerin kendi hayatından aldıkları doyum, haz, mutluluk durumu ile ilişkilendirilmektedir. Sağlık kavramı yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden biridir (Abay ve Kaplan, 2015).

2.9 Menopoz Dönemi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, devamlı bir gelişim içermesi nedeniyle çok boyutlu özellikleri kapsamına almaktadır. Yaşam kalitesi genel tanımıyla kişisel "iyi oluş hali" olup, bireylerin yaşamlarındaki sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerden etkilenmektedir. Orta yaştaki kadınların genel sağlık durumları tüm dünyada önem teşkil eden toplumsal bir sağlık sorunudur. Kadınlar menopoza girdikleri bu yaşam dönemlerinde pek çok sorunla karşılaşırlar ve aynı zamanda yaşadıkları bu sorunlar yaşam kalitelerinde azalmalara yol açmaktadır (Orhan ve Yağmur, 2020).

Hormonal değişimlerden kaynaklı olarak menopoz döneminde, vazomotor yakınmalardan psikolojik belirtilere, cinsel fonksiyon değişikliklerinden kas-iskelet sistemi problemlerine kadar bedenin farklı sistemleriyle ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar, kadının aile ve iş yaşamında, sosyal çevresinde ve benlik algısında da bir takım değişimlere yol açmaktadır (Abay ve Kaplan, 2015; Erkin ve diğerleri, 2014).

Menopoz döneminde kadınların yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler her birinde farklı şiddette ve sürede yaşanmaktadır ve bu değişimler beden ve ruh sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Kadınların doğurganlık işlevlerinin kaybı, yaşlanma ile ilgili olarak endişe duymaları ve bu dönemde yaşanan sağlık sorunları, beden imajındaki değişiklikler, sosyal ve sembolik anlamlarla bütünleşerek yaşam kalitesini azaltmaktadır (Abay ve Kaplan, 2015). Ülkemizde yapılan sistematik bir derlemede menopozal dönemde yaşanan menopozal yakınmaların sıklığının ve şiddetinin, menopoza karşı tutumun, menopoza giriş şeklinin, menopoza yönelik bilgi ve sosyo-demografik özelliklerin menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Arar ve Erbil, 2022).

Mirhaghjou ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada menopozla ilişkili semptomların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (Mirhaghjou ve diğerleri, 2016). Benzer olarak 2021 yılında Nepal'de yapılan bir çalışmada da menopoz semptomlarının yaşam kalitesini etkilediği tespit edilmiştir

(Thapa ve Thebe, 2021). Ülkemizde menopozal dönem yaşam kalitesine yönelik yapılan tezlerin incelenmesiyle yapılan çalışmada ise menopozal dönem yakınmalarının sıklığı ve şiddetinin yükselmesiyle yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Aydın Özkan ve diğerleri, 2019).

2.10 Menopoz Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları

Menopozal dönemde kadınlar, östrojen hormonunun yetersizliği nedeniyle, vazomotor semptomlar, cinsel işlev değişiklikleri gibi pek çok sorun yaşanmakta ve bunlar hem fizyolojik hem de anksiyete ve depresyon gibi psikolojik ve sosyolojik olumsuz etki yaratmaktadır. (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Aydın Özkan ve diğerleri, 2019). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları bu değişimler ile eş, aile, iş ve arkadaş ilişkileri bozulabilmekte, fizyolojik ve psikolojik problemler çok daha fazla artabilmektedir. Kadının sosyal çevresiyle yaşadığı sorunlar ve menopozun ortaya çıkardığı tüm değişimler, onun menopoz dönemine uyumunu güçleştirmektedir. Üstelik sadece kadınların kendilerini değil aile, arkadaş ve iş hayatını, iş verimini ve kararlara katılımını da olumsuz yönde etkilenmektedir (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Yapılan çalışmalarda, kadınların menopoz dönemindeki yakınmalarla yeterli düzeyde baş edemedikleri ve yaşam kalitelerinin çoğu alanda olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir (Garip ve diğerleri, 2015; Sharma ve Mahajan, 2015; Moral ve diğerleri, 2018; Özdemir ve Uysal, 2019; Özcan ve diğerleri, 2019). İran'da yapılan bir çalışma da ise kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopozal deneyimler üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve yaşam kalitelerini arttırmaya yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Moghani ve diğerleri, 2016). 2020 yılında postmenopozal kadınlarla yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Jalambadani ve diğerleri, 2020). Menopoz sonrası kadınlar üzerine yapılan bazı araştırmalarda ise sosyal derneklere üye olan kadınların daha iyi yaşam kalitesine ve olumlu duygulara sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Shirvani ve Heidari, 2016; Yousafi ve diğerleri, 2015).

Menopozal dönemdeki yaşam kalitesinin yükseltilmesi kapsamında sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve danışmanlık rolleri bulunan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler menopoz döneminin özelliklerini, kadınların bu döneme ait bilgi düzeylerini tanımlayarak gerekli girişimlerde bulunmalıdır.

Menopoz döneminde olan kadını ve ailesini menopoz belirtileri ve semptomları hakkında bilgilendirip sosyal ilişkilerinin geliştirilmesine ve sosyal destek sistemlerinin genişletilmesinde danışmanlık etmelidir. Özellikle pek çok sorunu barındıran bu dönemin özelliği gereği arkadaşlık ilişkileri önem taşımaktadır. Bu dönemdeki kadınlara arkadaşlık ilişkileri geliştirmek, sosyal dernek ve klüplere üyelik dışında satranç gibi aktivitelere katılım konusunda desteklenmelidir. Menopoz kliniklerinde destek grupları oluşturulmalı ve bu gruplarda grup tartışmaları, sohbet toplantıları düzenlenmelidir (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Hotun Şahin, 2020). Bu bilgiler ışığında araştırma, menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkininin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Araştırma menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara'nın merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinde Kasım 2021- Mart 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara'nın merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniğine başvuran 45-65 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalar (Zhao ve diğerleri, 2019; Polat ve diğerleri, 2020) referans alınarak, %80 evreni temsil gücünde, etki büyüklüğü %25, hata payı %5, güven aralığı %95 olacak şekilde yapılan güç analizi sonucunda toplam 368 kadın olarak belirlenmiştir.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

- 45-65 yaş arası olan kadınlar,
- Son adet tarihinden en az 12 ay geçmiş olan tüm kadınlar dahil edilmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıdaki formlar aracılığıyla toplanmıştır:

1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK- 1)

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

3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK- 3)

3.4.1 Tanımlayıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından litaratür (Özdemir ve Kavak, 2021; Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Kökkaya ve Demirci, 2018; Zhao ve diğerleri, 2019) doğrultusunda

oluşturulan bu form, sosyo-demografik özellikler (yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelirini algılama durumu), genel sağlık özellikleri (kronik hastalık varlığı, egzersiz sıklığı, sigara kullanımı), obstetrik özellikler (gebelik durumu, geçirilen gebelik sayısı ve abortus yaşama durumu) ve menopozal özelliklerini (menopoz yaşı, en son adet olma tarihi, semptomlarla baş etme yöntemi kullanma durumu) içeren 14 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.4.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley, 1988). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması ise Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır (Eker ve Arkar, 1995). Eker ve arkadaşları tarafından 2001 yılında ölçek gözden geçirilerek formun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yeniden yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek "kesinlikle hayır" ile "kesinlikle evet" arasında değişen 7'li likert tiptedir. Ölçek Aile (3., 4., 8., 11.maddeler), Arkadaş (6., 7., 9., 12. maddeler) ve Özel Bir İnsan (1., 2., 5., 10. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84 şeklinde olup, puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Aile alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.85, Arkadaş 0.88, Özel Bir İnsan 0.92 ve toplam 0.89 olarak bildirilmiştir (Eker, Arkar ve Yaldız, 2001). Bu araştırmada ise Aile alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.94, Arkadaş alt boyutu 0.95, Özel Bir İnsan alt boyutu 0.94 ve toplam 0.97 olarak bulunmuştur (EK-2).

3.4.3 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, Hilditch ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olup, Kharbouch ve Hotun Şahin tarafından 2005 yılında Türkçe olarak geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır (Hilditch, Lewis, Peter, Maris, Ross,Franssen, Guyatt,Norton ve Dunn, 1996; Hotun Şahin ve Kharbouch, 2007). Ölçek likert tipte olup, 29 madde, vazomotor (1-3. sorular), psikososyal (4-10. sorular), fiziksel (11- 26. sorular) ve cinsel (27-29. sorular) olmak üzere dört alt boyuttan meydana gelmektedir. MÖYKÖ'de her bir madde 0 ile 6 arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplamında ortalama puan kullanılması nedeniyle ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 6'dır. Ölçekten alınan toplam puan

arttıkça semptomların şiddeti artmakta ve bu durum yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir. Kharbouch ve Şahin iç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayını vazomotor alan için 0,82; psikososyal alan için 0,81; fiziksel alan için 0,87 ve cinsel alan için 0,89 olarak bulmuşlardır (Hotun Şahin ve Kharbouch, 2007). Bu araştırmada ise vazomotor alan Cronbach alfa katsayısı 0.88, psikososyal alan 0.93, fiziksel alan 0.85 ve cinsel alan 0.93 olarak bulunmuştur (EK-3).

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Kadın doğum polikliğine başvuran kadınlara araştırma ile ilgili kısa bir bilgi verildikten sonra araştırma kriterlerini karşılayan kadınlar belirlenmiştir. Araştırma kriterlerine uyan kadınlara araştırma sürecine ilişkin ayrıntılı bilgi verilip, katılım için yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Aydınlatılmış onam formunu onaylayan kadınlar polikliniğin bekleme salonuna davet edilerek sırası ile Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-1), ÇBASDÖ (EK-2) ve son olarak MÖYKÖ (EK-3) veri toplama formları uygulanmıştır. Her bir veri toplama formunun uygulanması yaklaşık 15-20 dk. sürmüştür.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen bulguların analizinde, IBM SPSS Statistics 28 paket programı kullanılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiş ve değişkenlerin normal dağılmadıkları görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığı Mann Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığı ise Kruskal Wallis H Analizi ile incelenmiştir. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Spearman’s Rho Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya yürütülebilmesi için Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.10.2021 tarihli, 2021/134 karar numarasıyla (EK-4) yazılı etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılacağı üniversite hastanesinden 18.11.2021 tarihinde E-32557014-604.01.02-316538 sayılı kurum izni alınmıştır (EK-5). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin uygulanabilmesi için de Haluk Arkar'dan (EK-6) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Nevin H. Şahin'den (EK-7) yazılı izin alınmıştır. Anket formu ve ölçekler kadınlara dağıtılmadan önce araştırmanın amacı, sonuçların nerede kullanılacağı ve çalışmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğu bilgisi verilip, yazılı onam alınmıştır (EK-8) ve 'Helsinki Bildirgesi' ilkelerine bağlı kalınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:368)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
45-49	88	23,9
50-54	184	50,0
55-65	96	26,1
Medeni Durum		
Evli	363	98,6
Bekar	5	1,4
Eğitim Durumu		
İlkokul	139	37,8
Ortaokul	27	7,3
Lise ve Üzeri	202	54,9
Eş Eğitim Durumu (n:363)		
İlkokul	72	19,8
Ortaokul	39	10,7
Lise ve Üzeri	252	69,5
Çalışma durumu		
Çalışan	167	45,4
Çalışmayan	201	54,6
Eşinin Çalışma Durumu (n:363)		
Çalışan	322	88,7
Çalışmayan	41	11,3
Gelir Durumu		
Gelir < Gider	39	10,6
Gelir = Gider	239	64,9
Gelir > Gider	90	24,5
Birlikte Yaşanılan Kişiler		
Eş, Çocuklar, Akrabalar	25	6,8
Sadece Eş	260	70,7
Eş ve Çocuklar	83	22,5

Araştırmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tabloda yer almamakla birlikte araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 52,56 ± 4,22 (min:45, max:65) yaş olup, yarısı 50-54 yaş aralığındadır. Kadınların %98,6'sı evlidir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında kadınların %54,9'unun, eşlerinin ise %69,5'inin lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir. Kadınların %45,4'ü ve eşlerinin %88,7'si gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Kadınların yarısından fazlasının (%64,9) geliri giderine denktir. Kadınların kiminle yaşadığına bakıldığında çoğunluğunun (%70,7) sadece eşi ile yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 2: Kadınların Genel Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n:368)

Genel Sağlık Özellikleri	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu		
Olan	120	32,6
Olmayan	248	67,4
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	110	29,9
Kullanmayan	258	70,1
***Düzenli Egzersiz Yapma Durumu**		
Yapan	137	37,2
Yapmayan	231	62,8

*Egzersiz yapma durumu: Haftada 3 gün 30 dk.

Araştırmaya dahil edilen kadınların genel sağlık özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Kadınların kronik hastalık durumuna bakıldığında %32,6'sının herhangi bir kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Kadınların sağlıklı yaşam davranışlarına bakıldığında, %29,9'unun sigara kullandığı ve %62,8'sinin düzenli egzersiz yapmadığı görülmüştür.

Tablo 3: Kadınların Obstetrik Öyküsüne Göre Dağılımı (n:368)

Obsetrik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Öyküsü		
Var	363	98,6
Yok	5	1,4
Gebelik Sayısı (n:363)		
2 ve Altı	191	52,6
3 ve Üzeri	172	47,4
Abortus Yaşama Durumu		
Yaşayan	43	11,7
Yaşamayan	325	88,3

Araştırmaya dahil edilen kadınların obstetrik öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 3'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik durumlarına bakıldığında, kadınların tamamına yakınının en az bir gebelik geçirdiği görülmekte olup, kadınların %52, 6'sının iki ve altı, %47,4'nün üç ve üzeri gebelik geçirdiği bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların %11,7'si abortus yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4: Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre Dağılımı (n:368)

Menopoz Dönemi Özellikleri	Ortalama±SS	Min-Max
Menopoza Girme Yaşı	368	48,74 ± 3,21
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Menopozdan Sonra Geçen Süre		
1-2 Yıl	23	6,3
2-5 Yıl	271	73,6
5 Yıldan Fazla	74	20,1
Menopozal Semptomlarla Baş Etme Yöntemi Kullanma Durumu		
Sıklıkla Kullanıyor	113	30,6
Bazen Kullanıyor	90	24,5
Nadiren Kullanıyor	68	18,5
Kullanmıyor	97	26,4

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Max: Maksimum Değer

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoz dönemine ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesi Tablo 4'de verilmiştir.

Kadınların menopoza girme yaşı 48,74 ± 3,21 (min:45, max:55) yaş olup, %73,6'sı en son 2-5 yıl önce adet olmuştur. Kadınların menopozal semptomlarla baş etme yöntemi kullanma durumuna bakıldığında, %30,6'sının sıklıkla, %24,5'inin bazen, %18,5'inin nadiren kullandığı saptanmıştır. Bunun yanısıra kadınların %26,4'ünün ise herhangi bir yöntem kullanmadığı bulunmuştur.

Tablo 5: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ort ± SS	**Alınan Min-Max Değer**	**Min-Max Değer**
Vazomotor Alan Alt Boyutu	3,86 ± 1,56	0,00-6,00	0-6
Psikosoyal Alan Alt Boyutu	3,03 ± 1,88	0,00-6,00	0-6
Fiziksel Alan Alt Boyutu	2,99 ± 1,08	0,00-5,19	0-6
Cinsel Alan Alt Boyutu	3,02 ± 2,17	0,00-6,00	0-6

* Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Max: Maksimum Değer

Araştırma kapsamına alınan kadınların MÖYKÖ'nün alt boyutları puan ortalamasının dağılımı Tablo 5'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; vazomotor alan alt boyutundan ortalama 3,86 ± 1,56 (min:0, max:6)puan; psikososyal alan alt boyutundan ortalama 3,03 ± 1,88 (min:0, max:6) puan; fiziksel alan alt boyutundan ortalama 2,99 ± 1,08 (min:0, max:5,19) puan ve cinsel alan alt boyutundan ortalama 3,02 ± 2,17 (min:0, max:6) puan aldıkları saptanmıştır. MÖYKÖ alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını vazomotor alan alt boyutundan aldığı, en düşük puan ortalamasını ise fiziksel alan alt boyutundan aldığı belirlenmiştir.

Tablo 6: Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ort ± SS	Alınan Min-Max Değer	Min-Max Değer
Aile Alt Boyutu	21,52 ± 6,04	10,00-28,00	4-28
Arkadaş Alt Boyutu	20,49 ± 6,71	5,00-28,00	4-28
Özel Bir İnsan Alt Boyutu	14,69 ± 7,06	4,00-28,00	4-28
Toplam ÇBASDÖ	56,71 ± 18,70	27,00-84,00	12-84

* Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Max: Maksimum Değer

Araştırma kapsamına alınan kadınların ÇBASDÖ ve alt boyutları puan ortalamasının dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ ve alt boyutları puan ortalamasının dağılımı incelendiğinde; kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 56,71 ± 18,70 (min:27, max:84) olduğu bulunmuştur. Kadınların ÇBASDÖ aile alt boyutunun 21,52 ± 6,04 (min:10, max:28), arkadaş alt boyutunun 20,49 ± 6,71 (min:5, max:28) ve özel bir insan alt boyutunun puan ortalamaları ise 14,69 ± 7,06 (min:4, max:28) olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	**Vazomotor Alan**	**Psikososyal Alan**	**Fiziksel Alan**	**Cinsel Alan**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Yaş				
45-49[1]	4,65±1,21	3,29±1,70	2,91±0,90	2,50±1,92
50-54[2]	3,55±1,64	2,73±1,94	3,03±1,11	2,75±2,29
55-65[3]	3,71±1,44	3,34±1,82	2,96±1,16	4,01±1,81
KW;p	30,048;**0,000***	7;021;0,130	0,982;0,612	27,282;**0,000***
Fark	1>2,3			3>1,2
Eğitim Durumu				
İlkokul[1]	4,50±1,27	4,28±1,22	3,54±0,91	4,09±1,94
Ortaokul[2]	4,47±1,22	4,04±1,41	3,36±1,03	3,58±1,56
Lise ve Üzeri[3]	3,34±1,60	2,03±1,71	2,56±1,01	2,21±2,06
KW;p	47,698;**0,000***	116;686;**0,000***	73,815;**0,000***	65,752;**0,000***
Fark	3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2

Tablo 7 (Devam). Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eş Eğitim Durumu				
İlkokul[1]	4,53±1,35	4,22±1,11	3,74±0,86	4,05±2,00
Ortaokul[2]	4,50±1,19	4,38±1,28	3,55±0,93	3,97±2,21
Lise ve Üzeri[3]	3,56±1,60	2,47±1,87	2,68±1,01	2,59±2,07
KW;p	27,943;**0,000***	67,640;**0,000***	70,922;**0,000***	36,788;**0,000***
Fark	3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2
Çalışma Durumu				
Çalışan	3,05±1,50	1,65±1,49	2,45±0,96	2,02±2,05
Çalışmayan	4,53±1,27	4,17±1,31	3,43±0,97	3,85±1,91
Z;p	-8,8971;**0,000***	-12,242;**0,000***	-8,766;**0,000***	-8,013;**0,000***
Eşin Çalışma Durumu				
Çalışan	3,82±1,61	2,87±1,87	2,93±1,06	2,85±2,17
Çalışmayan	4,14±1,20	4,21±1,50	3,41±1,12	4,45±1,61
Z;p	-0,948;0,343	-4,547;**0,000***	-2,756;**0,006***	-4,511;**0,000***
Gelir Durumu				
Gelir < Gider[1]	4,71±1,05	4,29±1,06	3,47±0,75	4,38±1,45
Gelir = Gider[2]	4,06±1,54	3,46±1,79	3,17±1,05	3,23±2,18
Gelir > Gider[3]	2,95±1,43	1,33±1,17	2,29±0,98	1,87±1,88
KW;p	44,934;**0,000***	92,900;**0,000***	50,704;**0,000***	44,603;**0,000***
Fark	3>1,2	3>2>1	3>1,2	3>2>1
Yaşanılan Kişiler				
Eş, Çocuklar ve Akrabalar[1]	4,41±0,83	4,02±1,47	2,92±0,88	4,07±1,86
Sadece Eş[2]	3,77±1,64	2,91±1,90	3,02±1,12	2,92±2,23
Eş ve Çocuklar[3]	3,99±1,47	3,11±1,82	2,91±1,01	3,03±1,99
KW;p	3,518;0,172	7,969;**0,019***	1,399;0,497	6,023;**0,049***
Fark		1>2		1>2

Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo-7'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ vazomotor ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu

saptanmıştır (p<0,05). Kadınların, kendilerinin ve eşlerinin eğitim durumuna göre MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın hem kadın hemde eşinin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Kadınların çalışma durumuna göre MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Kadınların, kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumuna göre ise MÖYKÖ fiziksel, psikososyal ve cinsel alan alt boyutları arasında anlamlı anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0,05). Kadınların gelir durumuna göre MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın geliri giderden fazla olan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Kadınların birlikte yaşadıkları kişilere göre MÖYKÖ psikososyal ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05). İstatistiksel farkın eşi, çocukları ve ailesi ile yaşayan grup ile sadece eşi ile yaşayan grup arasında kaynaklandığı görülmektedir.

Tablo 8: Kadınların Genel Sağlık Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Genel Sağlık Özellikleri	**Vazomotor Alan**	**Psikososyal Alan**	**Fiziksel Alan**	**Cinsel Alan**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu				
Olan	3,73±1,42	3,20±1,88	2,93±0,99	3,43±2,10
Olmayan	3,92±1,63	2,94±1,87	3,01±1,12	2,83±2,18
Z;p	-1,419;0,156	-1,260;0,208	-0,811;0,417	-2,474;**0,013***
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanan	4,32±1,30	3,19±1,76	3,05±1,10	2,83±1,91
Kullanmayan	3,66±1,63	2,96±1,92	2,96±1,07	3,10±2,27
Z;p	-3,472;**0,000***	-0,951;0,342	-0,755;0,450	-1,314;0,189
***Düzenli Egzersiz Yapma Durumu**				
Yapıyor	3,05±1,52	1,52±1,41	2,54±1,05	1,99±2,19
Yapmıyor	4,34±1,38	3,92±1,51	3,25±1,01	3,63±1,92
Z;p	-7,553;**0,000***	-11,548;**0,000***	-6,288;**0,000***	-6,843;**0,000***

Z:Mann Whitney U *:p<0,05 *Egzersiz yapma durumu: Haftada 3 gün 30dk.

Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık özelliklerine göre MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo-8'de verilmiştir.

Kadınların kronik hastalık durumlarına göre MÖYKÖ cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların sigara kullanımına göre MÖYKÖ vazomotor alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kadınların egzersiz yapma durumları ile MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 9: Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	**Vazomotor Alan**	**Psikososyal Alan**	**Fiziksel Alan**	**Cinsel Alan**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Gebelik Öyküsü				
Var	3,87±1,57	3,03±1,88	2,99±1,08	3,03±2,17
Yok	3,13±1,04	2,54±1,82	2,51±1,26	2,67±2,78
Z;p	-1,241;0,214	-0,813;0,416	-0,955;0,340	-0,299;0,765
Gebelik Sayısı				
2 ve Altı	3,77±1,60	2,63±1,89	2,96±1,14	2,61±2,18
3 ve Üzeri	3,97±1,51	3,48±1,77	3,01±1,02	3,49±2,07
Z;p	-1,164;0,245	-4,091;**0,000***	-0,376;0,707	-3,772;**0,000***
Abortus Yaşama Durumu				
Yaşayan	4,04±1,6	3,03±1,96	2,95±1,23	2,77±2,28
Yaşamayan	3,84±1,56	3,03±1,87	2,99±1,06	3,06±2,16
Z;p	-0,879;0,380	-0,146;0,884	-0,310;0,756	-0,741;0,459

Z:Mann Whitney U *:p<0,05

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo-9'da verilmiştir.

Kadınların gebelik yaşama durumlarına göre MÖYKÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kadınların gebelik sayısılarına göre MÖYKÖ psikososyal ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır

(p<0,05). Yaşanılan abortus durumuna göre MÖYKÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 10: Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre MÖYKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Menopoz Dönemi Özellikleri	**Vazomotor Alan**		**Psikososyal Alan**		**Fiziksel Alan**		**Cinsel Alan**	
İstatiksel Test	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Menopoza Girme Yaşı	-0,103	**0,049***	0,115	**0,027***	0,157	**0,003***	0,276	**0,000***
	Ort±SS		**Ort±SS**		**Ort±SS**		**Ort±SS**	
Menopozdan Sonra Geçen Süre								
1-2 Yıl[1]	4,93±1,18		4,07±1,23		3,62±0,96		3,20±1,93	
2-5 Yıl[2]	3,81±1,62		2,81±1,91		2,98±1,09		2,81±2,22	
5 Yıldan Fazla[3]	3,71±1,32		3,49±1,74		2,80±1,00		3,73±1,94	
KW;p	12,851;**0,000***		13,830;**0,000***		10,085;**0,006***		10,394;**0,006***	
Fark	1>2,3		2>1,3		1>2,3		2>3	
Menopozal Semptomlarla Baş Etme Yöntemi Kullanma Durumu								
Sıklıkla Kullanıyor[1]	2,79±1,38		1,20±1,03		2,26±0,90		1,59±1,89	
Bazen Kullanıyor[2]	3,37±1,40		2,78±1,77		2,73±0,95		3,44±1,95	
Nadiren Kullanıyor[3]	4,57±1,07		4,32±1,17		3,42±0,92		4,11±1,90	
Kullanmıyor[4]	5,06±1,07		4,48±1,03		3,76±0,82		3,55±2,04	
KW;p	137;335;**0,000***		184,261;**0,000***		121,046;**0,000***		74,751;**0,000***	
	1>3,4, 2>3,4		1>2>3,4		1>2>3,4		1>2,3,4	

Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05

Araştırmaya katılan kadınların menopoz dönemine ilişkin özelliklerine göre MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo-10'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ vazomotor alan alt puan ortalamaları (r=-0,103, p<0,05) ile menopoza girme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. MÖYKÖ psikososyal (r=0,115, p<0,05), fiziksel (r=0,157, p<0,05) ve cinsel alan alt puan ortalamaları (r=-0,276, p<0,05) ile menopoza girme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadınların menopozdan sonra geçen sürelerine göre MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak

anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın vazomotor ve fiziksel alan alt boyutunda en son adetini 1-2 yıl önce olan gruptan, psikososyal ve cinsel alan alt boyutunda en son adetini 2-5 yıl önce olan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Kadınların menopozal semptomlarla baş etme yöntemleri kullanma durumlarına göre MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın sıklıkla herhangi bir baş etme yöntemi kullanan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 11: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	**Aile**	**Arkadaş**	**Özel Bir İnsan**	**Toplam ÇBASDÖ**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Yaş				
45-49[1]	20,46±6,13	18,75±7,01	14,57±6,94	53,79±18,90
50-54[2]	22,40±6,03	21,65±6,51	15,21±7,20	59,26±18,74
54-65[3]	20,80±5,78	19,86±6,43	13,81±6,87	54,48±17,92
KW;p	7,303;0,126	14,067;**0,001***	1,860;0,395	6,333;0,142
Fark		2>1		
Eğitim Durumu				
İlkokul[1]	17,29±4,35	16,24±4,94	9,52±4,97	43,04±12,67
Ortaokul[2]	20,67±4,70	18,33±5,96	15,44±6,39	54,44±13,81
Lise ve Üzeri[3]	24,55±5,40	23,71±6,11	18,15±6,18	66,42±16,71
KW;p	116,417;**0,000***	102,996;**0,000***	120,476;**0,000***	118,403;**0,000***
Fark	1>2>3	3>1,2	1>2,3	1>2>3
Eş Eğitim Durumu				
İlkokul[1]	16,43±3,90	16,31±4,33	8,14±3,87	40,87±10,85
Ortaokul[2]	18,41±4,72	16,23±5,90	11,23±6,73	45,87±15,43
Lise ve Üzeri[3]	23,48±5,70	22,46±6,51	17,10±6,44	63,03±17,55
KW;p	85,403;**0,000***	62,579;**0,000***	99,220;**0,000***	87,715;**0,000***
Fark	3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2
Çalışma Durumu				
Çalışan	25,96±3,99	24,76±5,84	19,71±4,91	70,43±13,23
Çalışmayan	17,84±4,87	16,95±5,15	10,53±5,75	45,31±14,45
Z;p	-12,479**;0,000***	-11,053**;0,000***	-12,195;**0,000***	-12,178;**0,000***

Tablo 11 (Devam). Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eşin Çalışma Durumu				
Çalışan	21,95±6,06	20,99±6,68	15,10±7,10	58,04±18,78
Çalışmayan	18,27±5,04	17,24±5,92	11,46±6,21	46,98±15,59
Z;p	-3,545;**0,000***	-3,358;**0,000***	-2,946;**0,002***	-3,157;**0,002***
Gelir Durumu				
Gelir < Gider[1]	17,56±4,42	15,36±5,05	11,97±6,80	44,90±14,07
Gelir = Gider[2]	20,09±5,92	19,14±6,48	12,96±6,90	52,19±18,14
Gelir > Gider[3]	27,04±2,30	26,30±3,45	20,48±3,67	73,82±8,09
KW;p	107,188;**0,000***	101,237;**0,000***	78,515;**0,000***	96,227;**0,000***
Fark	3>1,2	3>1,2, 2>1	3>1,2	3>1,2
Yaşanılan Kişiler				
Eş, Çocuklar ve Akrabalar[1]	19,16±5,08	15,80±6,01	13,20±5,63	48,16±15,64
Sadece Eş[2]	21,57±6,20	20,95±6,60	14,18±7,12	56,70±19,05
Eş ve Çocuklar[3]	22,08±5,70	20,47±6,78	16,76±6,93	59,31±17,86
KW;p	4,021;0,134	14,418;**0,000***	8,978;**0,011***	6,025;**0,049***
Fark		1>2,3	3>1,2	1>3

Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo-11'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına göre ÇBASDÖ arkadaş alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın 50-54 yaş grubunda olan kadınlardan kaynaklandığı görülmüştür. Kadınların eğitim durumlarına göre ÇBASDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın toplam ÇBASDÖ, aile ve özel bir insan alt boyutunda eğitim durumu ilkokul olan gruptan, arkadaş alt boyutunda ise lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre ÇBASDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın kadınların eşlerinin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Kadınların, kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumlarına göre ÇBASDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir

fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Kadınların gelir durumuna göre ÇBASDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın geliri giderden fazla olan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Kadınların birlikte yaşadığı kişilere göre ÇBASDÖ toplam, arkadaş ve özel bir insan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05). İstatistiksel farkın arkadaş alt boyutunda eşi, çocukları ve akrabaları ile yaşayan gruptan, özel bir insan alt boyutunda ise eşi ve çocukları ile yaşayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Toplam ÇBASDÖ ise eşi, çocukları ve akrabaları ile yaşayan grup ile eşi ve çocukları ile yaşayan grup arasında kaynaklandığı görülmektedir.

Tablo 12: MÖYKÖ Alt Boyut Puanları ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Toplam ÇBASDÖ	**Aile**	**Arkadaş**	**Özel Bir İnsan**
Vazomotor Alan	r	-,584**	-,608**	-,608**	-,529**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Psikosoyal Alan	r	-,719**	-,739**	-,747**	-,651**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Fiziksel Alan	r	-,549**	-,578**	-,455**	-,556**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Cinsel Alan	r	-,434**	-,452**	-,463**	-,404**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

r:Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı **:p<0,001

Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ alt boyutları ile ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo-15'te yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ vazomotor alt boyut ile ÇBASDÖ toplam puanı aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu ve özel bir insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05). Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ psikososyal alt boyut ile ÇBASDÖ toplam puanı aile, arkadaş ve özel bir insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05). Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ fiziksel alt boyut ile ÇBASDÖ toplam puanı aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu ve özel bir insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05). Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ cinsel alt

boyut ile ÇBASDÖ toplam puanı aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu ve özel bir insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile gerçekleştirilen bu araştırmada Tanımlayıcı Bilgi Formu, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak veriler elde edilmiştir. Araştırmanın bu bölümünde, çalışma sonucunda elde edilen bulgular, literatür bilgileriyle tartışılmış ve araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

Menopoza girme yaşı, kişiden kişiye, toplumdan topluma göre çeşitlilik göstermekle birlikte dünya çapında ortalama 51 olup 45-55 yaşlar arasında değişmektedir (Velioğlu ve Gürkan, 2021; Gharaibeh, 2010; Jane ve Davis, 2014). Hindistan'da yapılan bir çalışmada menopoza girme yaşının ortalama 45,3 ± 2,7 olduğu saptanmıştır (Avin Alva ve Chethan, 2016). Lübnan'da yapılan bir çalışmada da kadınların ortalama 47,9 ± 4,5 yaşında menopoza girdiği bulunmuştur (El Hajı ve diğerleri, 2020). İran'da yapılan bir çalışmada menopoz girme yaşının ortalama 47,9 ± 5,7 yaş, Çin'de yapılan bir çalışmada ortalama 49,5 ± 3,8 yaş, İtalya'da yapılan bir çalışmada ortalama 50,2 ± 4,5 yaş ve İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada ise doğal menopoz yaşının ortalama 51,7 yaş olduğu belirlenmiştir (Zamaniyan ve diğerleri, 2020; Hu ve diğerleri, 2021; Viotti ve diğerleri, 2021; Kuh ve diğerleri, 2018). Dünyada menopoz dönemini konu alan çalışmalarda kadınların menopoza girme yaşına bakıldığında, gelişmiş ülkelerde kadınların menopoza daha geç girdiği söylenebilir.

Ülkemizde ise menopoza girme yaşının 45-48 yaşları arasında olduğu belirtilmektedir (Aksoy, 2017; Sis Çelik ve Pasinoğlu., 2013). Önder ve Batıgün'ün yaptıkları çalışmada kadınların ortalama doğal menopoza girme yaşı 47,70 ± 3,70 olarak hesaplanmıştır (Önder ve Batıgün, 2016). Yüksel Koçak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise menopoza girme yaşı 46,26 ± 4,57 olduğu bildirilmiştir (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Tümer ve Kartal'ın yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan kadınların menopoza girme yaşları ortalama 46,15 ± 4,60, Özcan ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama 46,39 ± 5,25, Tozlu tarafından yapılan çalışmada ortalama 47,9 ± 40 ve Kurt ve Arslan'nın yaptıkları çalışmada da bu yaş ortalama 46,7 ± 5,4, olarak bulunmuştur (Tümer ve Kartal, 2018; Özcan ve diğerleri, 2019a; Tozlu, 2019; Kurt ve Arslan, 2020). Bu araştırma, ülkemizde menopoz

dönemiyle ilgili yapılan diğer çalışmalarla uyumluluk göstermekte olup menopoz yaşı 48,74 ± 3,21 (min:45, max:55) olarak saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine göre ülkemizde kadınların doğumdan itibaren yaşam süresi 81.3 yıldır (TÜİK, 2020). Günümüzde doğumda beklenen yaşam süresinin artmasıyla kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz döneminde geçirmektedir (Kharbouch ve Şahin, 2007; Özdemir ve Uysal, 2019). Bu nedenle menopoz ve sonrası dönem, menopoz öncesi dönem kadar önemli hale gelmiştir (Abedzadeh Kalarhoudi, 2011).

Menopoz dönemindeki kadınlar, bu döneme özgü görülen fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik pek çok değişimin olumsuz etkilerini gidermek yada hafifletmek amacıyla farklı baş etme yöntemlerine başvurabilmektedir. Menopoz dönemiyle ilgili çalışmalar incelendiğinde; Özer ve Gözükara'nın yaptığı çalışmada kadınların %96,0'ının, Vaccaro ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların %75,5'inin herhangi bir tedavi yöntemi kullanmadığı tespit edilmiştir (Özer ve Gözükara, 2016; Vaccaro ve diğerleri, 2021). Kurt ve Arslan'ın çalışmasında da benzer şekilde kadınların %92,6'sının menopoza yönelik herhangi bir tedavi yöntemi kullanmadığı saptanmıştır (Kurt ve Arslan, 2020). Depypere ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %31'inin menopoza yönelik herhangi bir tedavi almadığı ve tedavi almayanların çoğunluğunun HRT kullanma konusunda endişeli olduğu belirtilmiştir (Depypere ve diğerleri, 2016). Bu araştırmada, kadınların %26,4'ünün menopoz semptomlarıyla herhangi bir başetme yöntemi kullanmadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, bu araştırma ile benzerlik ve farklılıklar taşımaktadır. Bu durumun örneklem seçimi ile ilgili bir farklılıktan veya araştırmaya katılım sağlayan kadınların farklı yaşam tarzlarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların yaşadıkları fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunlar ile baş edebilmelerine fayda sağlayan sosyal destek, kişilerin yaşadığı çevreden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak nitelendirilmektedir (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Menopoz döneminde bulanan kadınların sosyal destek sistemlerinin arttırılması, içinde bulunduğu yeni duruma uyum sağlamasını ve olumsuzluklara karşı başedebilmesini kolaylaştırmaktadır (Özdemir ve Kavak Budak, 2021). Bu araştırmada, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 56,71 ± 18,70 olarak saptanmış ve en yüksek sosyal desteği ailesinden sağladıkları tespit edilmiştir (Tablo-6). Ülkemizde menopoz dönemini konu alan çalışmalara bakıldığında, Yüksel Koçak ve

arkadaşlarının yaptığı çalışma ile Özdemir ve Kavak Budak'ın yaptığı çalışmada ÇBASDÖ toplam puan ortalaması (53,66 ± 13,10, 45,77 ± 14,89) bu araştırmadan daha düşük bulunmuştur (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Özdemir ve Kavak Budak, 2021). İran'da ve Çin'de yapılan çalışmalarda ise kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının (59,73 ± 15,74, 63,80 ± 10,85) bu araştırmadan daha yüksek olduğu görülmüştür (Moghani ve diğerleri, 2016; Li ve diğerleri, 2022). Yapılan benzer türdeki çalışmaların ÇBASDÖ puan ortalamaları bu araştırma ile benzerlik ve farklılıklar taşımaktadır. Kadınların algıladıkları sosyal desteğin bireysel, coğrafik, toplumsal-kültürel ve bölgesel özelliklere göre değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan 50-54 yaş arasındaki kadınların ÇBASDÖ arkadaş alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya benzer olarak Jalambadani ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada 50-54 yaş aralığında bulunan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi daha ileri yaşlardaki kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Jalambadani ve diğerleri, 2020). Ülkemizde klimakterik dönemdeki kadınlarla yapılan çalışmalar ise yaş ile sosyal destek arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017; Kökkaya ve Demirci, 2018). Bu farklılığın bireysel, toplumsal ve kültürel özelliklerin etkisi ile oluştuğu sonucuna ulaşılabilir.

Bu araştırmada kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin yükselmesiyle kadınların algıladıkları sosyal desteğin de yükseldiği saptanmıştır. Gümüşay ve Erbil'in yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kadınların diğer eğitim düzeyindeki kadınlara göre ÇBASDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu fakat eşlerinin eğitim düzeylerine göre ÇBASDÖ puan ortalamasının değişmediği bildirilmiştir (Gümüşay ve Erbil, 2018). Menopoz semptomları ve sosyal destek ilişkisinin incelendiği bir çalışmada ise kadınların eğitim düzeyleriyle sosyal destek arasında anlamlı bir bulgu gözlenmemiştir (Polat ve diğerleri, 2021). Bireysel özelliklerin bu farklılıklara etki ettiği düşünülebilir.

Kadınların bir işte çalışıyor olmaları; bağımsız gelir düzeyine, sosyalleşmelerine ve özgüvenlerine olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bu araştırmada kadınların çalışma durumları ve gelir düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Menopoz

dönemine özgü yapılan çalışmalarda emekli kadınların toplam ÇBASDÖ puan ortalamasının çalışan kadınlardan, çalışan kadınların ÇBASDÖ puan ortalamasınında ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (Gümüşay ve Erbil, 2018; Jalambadani ve diğerleri, 2020). Yapılan başka bir çalışmada aylık gelir düzeyi 1.000 TL'nin üzerinde olan menopoz dönemindeki kadınların daha düşük gelir düzeyine sahip olan kadınlara göre ÇBASDÖ arkadaş ve aile alt boyut puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Ayrıca Najifabadi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma ile Gümüşay ve Erbil'in yaptığı çalışmada da gelir durumunu iyi algılayan grupların diğer gruplara göre ÇBASDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Najifabadi ve diğerleri, 2015; Gümüşay ve Erbil, 2018). Araştırmanın sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik taşımaktadır. Çalışma sonuçlarına dayanarak çalışan ve gelir durumunu iyi algılayan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir. Kadınların çalışıyor olmalarının hem gelir düzeyine hem de sosyal ağlarının gelişmesine etki ettiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada eşi veya eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi daha kalabalık aile yapısına sahip olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmalarda yalnız yaşayan yada geniş aile yapısına sahip kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması çekirdek aile yapısına sahip olan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Gümüşay ve Erbil, 2018; Jalambadani ve diğerleri, 2020). Bildirilen bu çalışmalarla, araştırmamızın sonucu benzerlik göstermektedir.

Menopoz, kadın yaşamında beklendik ve doğal bir dönemdir. Buna karşın yaşanan değişim ve yakınmalar kadınların menopoza özgü yaşam kalitesini etkilemektedir (Gümüşay ve Erbil, 2019; Özcan ve Oskay, 2013). Bu araştırmada, kadınların MÖYKÖ vazomotor alan puan ortalaması 3,86 ± 1,56, psikososyal alan puan ortalaması 3,03 ± 1,88, fiziksel alan puan ortalaması 2,99 ± 1,08, cinsel alan puan ortalaması 3,02 ± 2,17 bulunmuştur (Tablo-5). Fallahzadeh'in yaptığı çalışmada, vazomotor alan puan ortalaması 3,66 ± 1,71, psikososyal alan puan ortalaması 2,90 ± 1,48, fiziksel alan puan ortalaması 2,48 ± 1,04 ve cinsel alan puan ortalaması 2,88 ± 2,31 olarak saptanmıştır (Fallahzadeh, 2010). Dolye ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada vazomotor alan puan ortalaması 4,76 ± 2,2, psikososyal alan puan ortalaması 3,82 ± 1,8, fiziksel alan puan ortalaması 3,84 ± 1,5, cinsel alan puan

ortalaması 4,20 ± 2,5 olarak belirlenmiştir (Dolye ve diğerleri, 2018). Gümüşay ve Erbil'in yapmış oldukları çalışmada ise MÖYKÖ'nün vazomotor alan puan ortalaması 3,40 ± 1,61, psikososyal alan puan ortalaması 3,34 ± 1,32, fiziksel alan puan ortalaması 4,16 ± 1,06, cinsel alan puan ortalaması 3,43 ± 1,59 bulunmuştur (Gümüşay ve Erbil, 2019). Yapılan çalışmaların puan ortalamaları bu araştırma ile benzerlik ve farklılıklar taşımaktadır. Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi pek çok faktörlere göre çeşitlilik gösterebilecek bir parametre olması nedeniyle çalışmalarda ortalama puanların değişiklik göstermesi normal bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ vazomotor ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşın artmasıyla birlikte; vazomotor alan puan ortalamaları yükselirken, cinsel alan puan ortalamaları düşmektedir. Ceylan ve Özerdoğan'ın yaptığı çalışmada yaşın artmasıyla tüm MÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarının yükseldiği görülmektedir (Ceylan ve Özerdoğan, 2014). Gümüşay ve Erbil'in çalışmasında ise yaşla birlikte vazomotor ve cinsel alan puan ortalamaları düşerken, psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları yükselmektedir (Gümüşay ve Erbil, 2019). Menopoz döneminde yaş arttıkça menopozda geçen süre de artmakta ve buna bağlı olarak vazomotor semptomlar azalmaktadır. Buna karşın yaşın ilerlemesiyle vajinal kuruluk, disparoni gibi cinsel semptomlar artmaktadır. Araştırmamız bu doğrultuda beklendik bir sonucu ortaya koymaktadır. Bu nedenle menopoz dönemindeki kadınlara danışmanlık sağlarken yaş faktörünün dikkate alınması önem taşımaktadır.

Bu araştırmada kadınların ve eşlerinin eğitim durumunun yükselmesiyle kadınların menopoza özgü yaşam kalitelerinin de yükseldiği tespit edilmiştir. Menopoz dönemini konu alan diğer çalışmalar incelendiğinde yine benzer olarak lise ve üzeri eğitim alan kadınların diğerlerine göre MÖYKÖ'nün tüm alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Yanıkkerem ve diğerleri, 2012; Ceylan ve Özerdoğan, 2014). Shobeiri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite eğitimi alan kadınların fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları diğer eğitim düzeyinde olan kadınlara göre daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Shobeiri ve diğerleri, 2016). Gümüşay ve Erbil'in çalışmasında üniversite ve üzeri eğitim alan kadınların diğer kadınlara göre MÖYKÖ psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puanları daha düşük bulunmuştur (Gümüşay ve Erbil, 2019). Bu farklılıkların oluşmasının nedeni eğitim

düzeyi yükseldikçe, kadınların okuryazarlılıklarının artıp farklı semptomlara yönelik farkındalıklarının ortaya çıkmasından kaynaklanıyor olabilir. Fakat genel olarak bulgular değerlendirildiğinde yükselen eğitim durumunun kadınların menopoza özgü yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir.

Kadınların çalışma durumuna göre MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre ise MÖYKÖ fiziksel, psikososyal ve cinsel alan alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada çalışan kadınların MÖYKÖ cinsel alan boyutu haricinde tüm alt boyut puan ortalamalarından çalışmayan kadınlara göre daha düşük sonuçlar elde edilmiştir (Gümüşay ve Erbil, 2019). Diğer çalışmalarda ise bu araştırmaya benzer olarak tüm MÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan kadınlara göre daha düşük puanlarda olduğu görülmüştür (Ceylan ve Özerdoğan, 2014; Shobeiri, 2016). Kadınların gelir durumuna göre MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın geliri giderden fazla olan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bu araştırmaya benzer olarak tüm MÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarının geliri giderden fazla olan kadınların olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Abedzadeh Kalarhoudi ve diğerleri, 2011; Yanıkkerem ve diğerleri, 2012). Diğer yaşam kalitesi ölçekleriyle (SF 36, WHOQOL BREF-27, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği) yapılan çalışmalarda da sosyal statü ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğuna dair benzer sonuçlar elde edilmiştir (Ertem, 2010; Erkin ve diğerleri, 2014; Abay ve Kaplan, 2015). Çalışma sonuçlarına dayanarak çalışan ve gelir durumu yüksek olan kadınların menopoza özgü yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bu durumun çalışan kadınların daha çok sosyalleşme imkanlarının olması, ekonomik açıdan bağımsız olmaları ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanabilmelerinin yarattığı etkilerden kaynaklandığı söylenebilir. Aynı zamanda kadınların iş ortamlarında birbirlerine olan bilgi paylaşımı gibi informal öğrenmeler sayesinde problemlerle başedebilme becerilerini geliştirdikleri düşünülmektedir.

Kadınların birlikte yaşadığı kişilere göre MÖYKÖ psikososyal ve cinsel alan alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Sadece eşi ile yaşayan kadınların psikososyal ve cinsel yaşam kaliteleri daha yüksek

bulunmuştur. Gümüşay ve Erbil'in yaptığı çalışmada ise geniş aile tipine sahip kadınların çekirdek aile tipine sahip olan kadınlara göre MÖYKÖ cinsel alt boyut dışında tüm alt boyut puan ortalamalarında daha yüksek sonuçlar tespit edilmiştir (Gümüşay ve Erbil, 2019). Yapılan bir çalışmada yüksek aile desteği olan kadınların menopoz semptomlarını daha az hissettiği bildirilmiştir (Zhoa ve diğerleri, 2019). Bu anlamda kadınların aile tipine göre menopoza özgü olarak yaşam kalitelerinin değişmesi, algıladıkları sosyal destek farklılıklarından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Kadınların kronik hastalık durumuna göre MÖYKÖ cinsel alan alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gümüşay ve Erbil'in yaptığı çalışmada ise kronik hastalığı olan kadınların psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Gümüşay ve Erbil, 2019). Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı bulunan kadınların daha fazla menopozal yakınma yaşadığı belirtilmiştir (Tümer ve Kartal, 2018). Kharbouch ve Şahin'in yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan kadınların menopoz şikayetlerinin şiddetli olduğu belirtilmektedir. Nitekim yaptıkları çalışmada kronik hastalığa sahip olan kadınların yaşam kalitesinin dört alanında da düşüş olduğu tespit edilmiştir (Kharbouch ve Şahin, 2007). Bu sonucun, östrojen seviyesindeki azalma ile osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik rahatsızlıkların artmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların sigara kullanım durumuna göre MÖYKÖ vazomotor alan alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sigara kullanan kadınların kullanmayan kadınlara göre 1-2 yıl daha erken menopoza girdiği bilinmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Aynı zamanda sigara kullanan kadınların daha fazla menopozal yakınmalar yaşadığı bildirilmektedir (Anderson ve diğerleri, 2020). Dotlic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların sigara içme süresinin artmasıyla, cinsel alan puan ortalamaları dışında MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamalarının yükseldiği tespit edilmiştir (Dotlic ve diğerleri, 2021). Gümüşay ve Erbil'in çalışmasında da sigara kullanan kadınların MÖYKÖ cinsel ve fiziksel alan puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur (Gümüşay ve Erbil, 2019). Görülen bu farklılıkların sigara kullanımının tek başına menopozal yaşam kalitesine etki eden bir etken olmadığı söylenebilir.

Kadınların egzersiz yapma durumlarına göre MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Pek çok egzersiz ve fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada yüksek fiziksel aktivitenin MÖYKÖ alt puan ortalamalarını etkilemediği, fakat orta şiddette fiziksel aktivitenin psikososyal ve fiziksel menopoz semptomlarını azalttığı belirtilmiştir (Kim ve diğerleri, 2014). Özdemir ve Uysal'ın yaptıkları çalışmada pilates egzersizi yapan kadınların menopoza özgü yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Özdemir ve Uysal, 2019).

Kadınların gebelik ve abortus yaşama durumlarına göre MÖYKÖ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kadınların gebelik sayısına göre MÖYKÖ psikososyal ve cinsel alan alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Üç ve üzeri gebelik geçiren kadınların iki ve altında gebelik geçiren kadınlara göre MÖYKÖ tüm alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın aksine Ceylan ve Özerdoğan'ın yaptıkları çalışmada gebelik sayısı iki ve altında olan kadınların, üç ve üzeri olan kadınlara göre MÖYKÖ tüm alt boyutlarında daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir (Ceylan ve Özerdoğan, 2014). Shobeiri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise araştırmamıza benzer olarak daha fazla çocuk sayısına sahip olan kadınların MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamalarında daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir (Shobeiri ve diğerleri, 2015). Kadınların gebelik öyküsü ve doğum deneyimleme durumlarına göre menopoz semptomlarının şiddeti ve yaşam kalitelerine ilişkin çalışmalar farklı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Bu durum menopoz semptomlarının bireysel faktörlerden etkilendiği ve buna bağlı olarak çeşitlilik gösterdiği sonucuna varılabilir.

Kadınların menopozal semptomlarla baş etme yöntemleri kullanma durumlarına göre MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın sıklıkla herhangi bir baş etme yöntemi kullanan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları vazomotor, fiziksel, psikososyal ve cinsel soruna yönelik olarak pek çok baş etme yöntemi kullandıkları bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda menopoz döneminde yöntem kullanımının menopoz semptomlarını azaltabileceği tespit edilmiştir (Kurt ve Aslan, 2020; Dişli ve diğerleri, 2022). Bu araştırma da literatürü destekler nitelikte olup, menopoz döneminde kullanılan baş

etme yöntemlerinin menopoz semptomlarını azaltıp yaşam kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile MÖYKÖ vazomotor alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, Gümüşay ve Erbil'in yaptığı çalışmada eş desteğinin vazomotor semptomlarla anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmüştür (Gümüşay ve Erbil, 2019). Arnot ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da sosyal destek ile vazomotor semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Arnot ve diğerleri, 2021). Bu araştırmada, algılanan sosyal desteğin kadınlarda vazomotor alan yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Bu anlamda daha fazla ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile MÖYKÖ psikososyal alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Özdemir ve Kavak Budak'ın yaptığı çalışmada algılanan sosyal desteğin psikolojik iyi oluşla arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Özdemir ve Kavak Budak, 2021). Polat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da algılanan sosyal desteğin psikolojik semptomları azalttığı tespit edilmiştir (Polat ve diğerleri, 2021). Bu araştırmada, algılanan sosyal desteğin kadınlarda psikososyal alan yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Elde edilen veriler literatüre uygunluk göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile MÖYKÖ fiziksel alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada, algılanan sosyal desteğin kadınlarda fiziksel alan yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Jalambadani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ($r=-0.59$, $p\leq0,001$) benzer sonuçlar eldilmiştir (Jalambadani ve diğerleri, 2020).

Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile MÖYKÖ cinsel alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Kökkaya ve Demirci'nin yaptığı çalışmada ÇBASDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları ile üregenital semptomlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Kökkaya ve Demirci, 2018). Polat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise sadece arkadaş ve özel bir insan

boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Polat ve diğerleri, 2021). Bu araştırmada, algılanan sosyal desteğin kadınlarda cinsel şikayetleri azaltıp menopoza özgü yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Menopoz dönemindeki kadınlarda yaşanan cinsel problemlerin en önemli nedeni östrojen seviyesindeki belirgin azalmadır. Bu dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak kadınlarda, vajinal kuruluk, disparoni, dizüri, üriner inkontinans gibi bazı semptomlar görülmektedir (Demirci, 2015). Bu nedenle, algılanan sosyal desteğin bu alt boyutta farklılıklar yarattığı düşünülebilir.

Bu araştırmada ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arttıkça MÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür. Bildirilen çalışma sonuçları ile bu araştırma sonucu benzerlik ve farklılık göstermektedir. Bu durum bireysel özelliklerin yanı sıra bölgesel ve kültürel özelliklerin etkisinden kaynaklanıyor olabilir. Algılanan sosyal desteğin, kadınların menopoza özgü yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu araştırma, menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlayıcı tipte uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara'nın merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniğine Kasım 2021-Mart 2022 tarihleri arasında başvuran 45-65 yaş arasındaki 368 kadın oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde;

1) Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 52,56 ± 4,22 (min:45, max:65) yaş olup, %98,6'sı evlidir.
2) Katılımcıların %54,9'unun, evli olanların eşlerinin ise %69,5'inin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir.
3) Kadınların %45,4'ü ve evli olanların eşlerinin ise %88,7'si gelir getiren bir işte çalıştığı tespit edilmiştir.
4) Kadınların yarısından fazlasının (%64,9) geliri giderine denktir.
5) Kadınların çoğunluğunun (%70,7) sadece eşi ile yaşadığı saptanmıştır.
6) Kadınların %32,6'sının, herhangi bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir.
7) Kadınların, %29,9'unun sigara kullandığı ve %62,8'sinin düzenli egzersiz yapmadığı görülmüştür.
8) Evli olan kadınların hepsinin en az bir gebelik geçirdiği saptanmış olup, bunların %52,6'sının iki ve altı, %47,4'nün üç ve üzeri gebelik geçirdiği bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların %11,7'si abortus yaşamıştır.
9) Kadınların menopoza girme yaşı 48,74 ± 3,21 (min:45, max:55) yaş olup, %73,6'sı en son 2-5 yıl önce adet olmuştur.
10) Kadınların %30,6'sının sıklıkla herhangi bir menopoz ile baş etme yöntemi kullandığı saptanmışken, %26,4'ünün ise herhangi bir yöntem kullamadığı bulunmuştur.
11) Araştırmaya katılan kadınlar, MÖYKÖ vazomotor alan alt boyutundan ortalama 3,86 ± 1,56 (min:0, max:6) puan; MÖYKÖ psikososyal alan alt boyutundan ortalama 3,03 ± 1,88 (min:0, max:6) puan; MÖYKÖ fiziksel

alan alt boyutundan ortalama 2,99 ± 1,08 (min:0, max:5,19) puan ve MÖYKÖ cinsel alan alt boyutundan ortalama 3,02 ± 2,17 (min:0, max:6) puan aldıkları saptanmıştır.

12) Ölçekten alınabilecek alınabilecek alt ve üst değerlere göre kadınların yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların vazomotor alana özgü yaşam kalitelerinin düşük, fiziksel alana özgü yaşam kalitesi özelliklerinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır.
13) Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 56,71 ± 18,70 (min:27, max:84) olduğu bulunmuştur. Kadınların ÇBASDÖ aile alt boyutunun 21,52 ± 6,04 (min:10, max:28), arkadaş alt boyutunun 20,49 ± 6,71 (min:5, max:28) ve özel bir insan alt boyutunun puan ortalamaları ise 14,69 ± 7,06 (min:4, max:28) olarak saptanmıştır.
14) Ölçekten alınabilecek alınabilecek alt ve üst değerlere göre kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Kadınların en yüksek sosyal desteği ailesinden algıladıkları, en düşük desteği ise ailesi ve arkadaşları dışında özel gördükleri insanlardan algıladıkları saptanmıştır.
15) Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ tüm alt boyut puan ortalamaları ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
16) Kadınların algıladıkları sosyal destek artıkça menopoz semptomlarının azaldığı ve yaşam kalitelerinin yükseldiği tespit edilmiştir.

6.2 Öneriler

Menopoz dönemindeki kadınlarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen araştırmamızın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler elde edilmiştir;

1) Kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz ve sonrası dönemde geçirdiği göz önüne alındığında; kadınlara danışmanlık hizmeti sağlayacak polikiniklerin açılması önem kazanmaktadır. Bu polikliniklerde hemşireler, kadınların sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesinde, sosyal destek sistemlerinin genişletilmesinde ve sosyal faaliyetlere katılımları için teşvik edilmesinde eğitici ve danışmanlık rollerini yerine getirmelidir.
2) Menopoz dönemindeki kadınlara, dönem özellikleri, semptomlar ve baş etme yöntemleri ile ilgili geniş kapsamlı sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. Verilecek olan bu sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde, menopoz dönemindeki kadınların bireysel ve sosyokültürel özellikleri dikkate alınmalıdır.
3) Menopoz dönemindeki kadınlara verilecek danışmanlık hizmetlerinde, yapılan eğitimlere bu dönemde kadına destek olabileceği düşünülen kişilerin de (eşi, çocukları, arkadaşları vs.) katılımı için teşvik edilmesi sağlanmalıdır.
4) Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik farklı örneklem gruplarında, daha kapsamlı ve daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Aba, Y.E., Ataman, H., Aytek Şık, B., (2016). Vulvovajinal Atrofi İfadesinde Yeni Terminoloji: "Menopozda Genitoüriner Sendrom". *Androloji Bülteni*, 18(67), 289-293.

Abay, H., Kaplan, S., (2014). Menopozal Dönem Yaşam Kalitesini Nasıl Etkiliyor?. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3), 1-23.

Abedzadeh Kalarhoudi, M. T. (2011). Assessment of Quality of Life in Menopausal Periods: A Population Study in Kashan, Iran. . *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(11), 811-817.

Akdağ, S., Kaner, G., Ayer, Ç., (2022). Menopoz Döneminde Beslenmenin Yönetimi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 191-197.

Aksoy, D. Ö., (2017). Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. 15-49 Yaş Kadın İzlemi. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Daire Başkanlığı: Ankara. 12-21.

Anderson, D.J., Chung, H.F., Seib, C.A., Dobson, A.J., Kuh, D., Brunner, E.J., Crawford, S.L., Avis, N.E., Gold, E.B., Greendale, G.A., Mitchell, E.S., Woods, N.F., Yoshizawa, T., Mishra, G.D., (2020). Obesity, Smoking and Risk of Vasomotor Menopausal Symptoms: A Pooled Analysis of Eight Cohort Studies. *Am J Obstet Gynecol*, 222(5), 478.e1-478.e17.

Anderson, D.R., Roubinov, D.S., Turner, A.P. Williams, R.M. Norvell, D.C., Czerniecki, J.M., (2017). Perceived Social Support Moderates the Relationship Between Activities of Daily Living and Depression After Lower Limb Loss. *Rehabilitation Psychology*, 62(2), 214-220.

Arar, M. A., Erbil, N. (2022). Türkiye'de Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesini İnceleyen Çalışmalar: Bir Sistematik Derleme. *Androloji Bülteni*. 24, 38-51.

Arnot, M., Emmott, E.H., Mace, R., (2021) The Relationship Between Social Support, Stressful Events and Menopause Symptoms. *PLoS One,*16(1), e0245444.

Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D., (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18 (2), 87-97.

Arslantaş, H., Ergin, F., (2011). 25-65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 135-44.

Augoulea, A., Moros, M., Lykeridou, A., Kaparos, G., Lyberi, R., Panoulis, K., (2019). "Psychosomatic and Vasomotor Symptom Changes During Transition to Menopause*". Przegląd Menopauzalny*, 18(2), s. 110.

Avin Alva, B.R., Chethan, T.K., (2016). A Study to Assess the Average Age of Menopause and Menopause Associated Symptoms Among Rural Women in Mangalore, Karnataka. *Ntl J Community Med*, 7(5), 404-8.

Aydın Özkan, S., Karaca, T., Şimşek Küçükkelepçe, D., Bilgiç, D., (2019). Türkiye'de Hemşireler Tarafından Menopozal Dönem Yaşam Kalitesine Yönelik Yapılan Tezlerin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(3), 315-325.

Ayers, B., Forshaw, M., Hunter, M.S., (2010). The Impact of Attitudes Towards the Menopause on Women's Symptom Experience: A Systematic Review. *Maturitas*, 65, 28-36.

Barrett-Connor, E., (2013). Menopouse, Atherosclerosis and Coronanry Artery Disease. *Current Opinion in Pharmacology*, 13, 186-191.

Beckmann, R.B.C., Ling, W.F., Herbert, N.P.W., Laube, W.D., Smıth, P.R., Cazanova, R., Chuang, A., Geoepfert, R.A., Hueppchen, A.N., Weıss, M.P. (2015). *Obstetrics and Gynecology*. İçinde C. Demir , K.Ü. Güleç (Ed.). *Menopoz*, (s.363-70). 7.Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Bekmezci, E., Altuntuğ, K., (2020). Menopoz ile İlişkili Semptomlara Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaların İncelenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(3), 167-174.

Bell, C.M., Ridley, J.A, Overholser, J.C., Young, K., Athey, A., Lehmann, J., Phillips, K., (2018). The Role of Perceived Burden and Social Support in Suicide and Depression. *Suicide Life Threat Behav*, 48(1), 87-94.

Bener, A., Falah, A., (2014). A Measurement-Specificquality-Of-Life Satisfaction During Premenopause, Perimenopause and Postmenopause in Arabian Qatari Women. *J MidlifeHealth*, 5(3), 126-134.

Benjamin, M., Craig, P., Sandra, A., Mitchell, P., (2016). Examining the Value of Menopausal Symptom Relief Among US Women. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Rese, 9*(2), 158-166.

Bhore, N., (2015). Coping Strategies in Menopause Women: A Comprehensive Review. *Innovational Journal of Nursing and Healthcare (IJNH),* 1(4), 244-253. 2.

Bozkurt, D.Ö., Sevil, Ü., (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3, 497-503

Buckler, H., (2005). The Menopause Transition: Endocrine Cand Clinical Symptoms. *British Menopause Society Journal,* 11(2), 61-5.

Büyükkaplan, B., Akarsu, R.H., Şahan, Ö., Akarsu, G.D., (2020), Menopozal Semptomların Yönetiminde Egzersiz Uygulamalarının Rolü. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2), 386-394

Calleja-Agius, J., Brincat, M., (2012). The Effect of Menopause on the Skin and Other Connective Tissues. *Gynecological Endocrinology*, 28(4),273-7

Canbolat, P.E., (2012). Ooferektomdze Ratlarda L-Karnitinin Oksidatif Stres Paremetreleri Üzerinde Etkisinin Araştırılması, Kırıkkle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sakarya

Carlson, J.M., Miller, P.A. (2017). Family Burden, Child Disability and the Adjustment of Mothers Caring for Children With Epilepsy: Role of Social Support and Coping. *Epilepsy Behavior*, 68(1), 168-173.

Ceylan, B., Özerdoğan, N., (2015). Factors Affecting Age of Onset of Menopause and Determination of Quality of Life in Menopause. *Turk J Obstet Gynecol*, 1, 43-9.

Czarnecka, J., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., (2021). Disease Acceptance and Social Support in Patients With Peripheral Vascular Diseases Treated in the Surgical Ward. *Nurs Open*, 8(6), 2949-2961.

Çetin, Ö. E., Eroğlu, K., (2015). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 219-225.

Çetinkaya, F.F., Korkmaz, F. (2019). Algılanan Sosyal Destek ile Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir

Araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *20*(1), 91-103.

Dağhan, Ş., Toraman, A.U., Erkin, Ö., Kocademir, C.G., (2014). Perimenopozal Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (3), 23-30.

Daley, A., Stokes- Lampard, H., Thomas, A., MacArthur, C., (2014). Exercise for Vasomotor Menopausal Symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(11), CD006108.

Demirtaş, R.N., (2017). Menopozda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. *Turkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics*, 3(3), 173-183.

Depypere, H., Pintiaux, A., Desreux, J., Hendrickx, M., Neven, P., Marchowicz, E., Albert, V., Branden, S.V., Rozenberg, S., (2016). Coping With Menopausal Symptoms: An İnternet Survey of Belgian Postmenopausal Women. *Maturitas*, 90, 24-30.

Dişli, B., Kaydırak, M. M., Şahin, N. H., (2022). Kadınların Menopoz Semptomları ile Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1), 21-29.

Dolye, C., Adams, L., McAndrew, A., Burlein-Hall, S., DasGupta, T., Blake, J., Fitch, M., (2018). Validation of the MENQOL for Use With Women Who Have Been Treated for Gynecologic or Breast Cancer. *Can Oncol Nurs J*, 28(3), 228-233.

Dotlic, J., Markovic, N., Gazibara, T., (2021). Patterns of Smoking and Menopause-Specific Quality of Life: Smoking Duration Matters More. *Behav Med*, 25,1-11

Dunneram, Y.D., Greenwood, D.C., Cade, J.E., (2019). Diet, Menopause and the Risk of Ovarian, Endometrial and Breast Cancer. *Proceedings of the Nutrition Society*, 78(3), 438-448.

Dündar, T., Aksu, H., (2021). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Semptom ve Tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *14*(2), 135-141.

Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H., (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *12*(1), 17-25.

Eker, D., ve Arkar, H., (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*, *10*(34), 17-25.

El Hajj, A., Wardy, N., Haidar, S., Bourgi, D., Haddad, M. E., Chammas, D. E. and Papazian, T., (2020). "Menopausal Symptoms, Physical Activity Level and Quality of Life of Women Living in the Mediterranean Region", *Plo Sone, 15*(3), e0230515.

Engin, B. , Aydın Kartal, Y., (2020). Menopozal Semptomlar ile Başetmede Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yaklaşımları. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi,* 2 (2), 80-87.

Erbaş, N., Demirel, G.,(2017). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, (4), 220-225.

Ergül, Ş., Temel, B. A., (2006). Premenopozal Dönemde Değişen Gereksinimler ve Kontrasepsiyon. *Aile ve Toplum Dergisi*, 10(3), 55-60.

Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A., (2014). Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113.

Ertem, G., (2010). Kadınların Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 7, 469-483.

Fallahzadeh H. (2010). Quality of Life After the Menopause in Iran: A Population Study. *Quality of Life Research*, 19(6), 813-819.

Fışkın, G., Şahin, N, H., Kaya, İ. G., (2017). Menopozal Dönemdeki Kadınların Bu Yaşam Dönemine İlişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi. *JAREN*, 3(3), 122-128.

Garip, Y., Eser, F., Sayın, S., Bodur, H., Çavuşoğlu, M., (2015). Pain and Quality of Life in Postmenopausal Osteoporotic Women Without Vertebral Fractures. *Gaziantep Med J,* 21, 99-103

Gharaibeh, M., Al-Obeisat, S., Hattab, J., (2010). Severity of Menopausal Symptoms of Jordanian Women. *Climacteric*, 13(4), 385-94

Ghazanfarpour, M., Kaviani, M., Abdolahian, S., (2015). The Relationship Between Women's Attitude Towards Menopause and Menopausal Symptoms Among Postmenopausal Women. *Gynecol Endocrinol*, 31, 860-865.

Gönenç, İ.M., Koç, G., (2019). Menopoz Dönemine Yönelik Uygulanan Eğitim Programının Kadınların Menopoza Yönelik Tutumlarına Etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 29-33.

Görgel, B.E., Çakıroğlu, F.P., (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. Erişim Adresi: file:///C:/Users/ayseg/Downloads/Menopoz%20D%C3%B6neminde%20Kad%C4%B1n.pdf. Erişim tarihi: 18.06.2021

Gümüşay, M., Erbil, N., (2019). Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Menopoz Tutumunun Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 96-109.

Gümüşay, M., Hotun Şahin, N., (2019). Menopozal Semptomlarının Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı. N. Şahin (Ed.), *Güncel Jinekoloji Hemşireliği* İçinde (s.225-235). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Güven, S., Şener, A., Yıldırım, B., (2011). Eşlerin Farklı Değişkenlere Göre Sosyal Destek Algısı. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar e-dergisi*,1-15

Herman, J., Rost Roszkowska, M., Skotnicka Graca, U., (2013). Skin Care During the Menopause Period: Noninvasive Procedures of Beauty Studies. *Postep Derm Alergol*,30(6), 388-395.

Hilditch, J.R., Lewis, J., Peter, A., Maris, B.V., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G.H., Norton, P.G., Dunn, E., (1996). A Menopause-Specific Quality of life Questionnaire: Development and Psychometric Properties. *Maturitas,* 24, 161-175.

Hotun Şahin, N., (2020). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde N. Kızılkaya Beji (Ed.) *Klimakteryum Dönem ve Menopoz,* (163-170). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Hotun Şahin, N., Kharbouch, S., (2007). Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 82-90.

Hu, Z.B., Lu, Z.X., Zhu, F., (2021). Age at Menarche, Age at Menopause, Reproductive Years and Risk of Fatal Stroke Occurrence Among Chinese

Women: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *BMC Womens Health*, 21(1), 433.

Hunter, M.M., (2016). Predictors of İmpact of Vaginal Symptoms in Postmenopausal Women. *Menopause (New York, N.Y.), 23*(1), 40-46.

Iwanowicz-Palus, G., Zarajczyk, M., Pięta, B., Bień, A., (2019). Quality of Life, Social Support, Acceptance of Illness, and Self-Efficacy among Pregnant Women with Hyperglycemia. *Int J Environ Res Public Health*, 16(20), 3941.

Jalambadani, Z., Rezapour, Z., Movahedi Zadeh, S., (2020). Investigating the Relationship Between Menopause Specific Quality of Life and Perceived Social Support Among Postmenopausal Women in Iran. *Exp Aging Res, 46*(4), 359-366.

Jane, F.M., Davis, S.R., (2014). A Practitioner's Toolkit for Managing the Menopause. *Climacteric*, 17(5), 564-79.

Jehan, S., Masters-Isarilov, A., Salifu I., Zizi, F., Jean Louis, G., Pandi Perumal S.R., Gupta, R., Brzezinski, A., Farlane, S., (2015). Sleep Disorders in Postmenopausal Women. *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, 4(5), 1-18.

Kaba, F., Demirel Bozkurt, Ö., (2020). Menopoz Semptomların daTamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(2), 134-142.

Kanıt, L., (2012). Menopoz Fizyolojisi. İçinde K. Öztekin (Ed.). *Menopoz*, (s.29-35). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi

Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F., (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2, 62-70.

Kargozar, R., Azizi, H., Salari, R., (2017). A Review of Effective Herbal Medicines in Controlling Menopausal Symptoms. *Electron Physician, 9*(11), 5826-5833.

Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A., Das, S., (2017). Quality of Life Among Menopausal Women: A Community-Based Study in a Rural Area of West Bengal. *Journal of Mid-Life Health, 8*(1), 21-27.

Kim, M.J., Cho, J., Ahn, Y., Yim, G., Park, H.Y., (2014). Association Between Physical Activity and Menopausal Symptoms in Perimenopausal Women. *BMC Womens Health*,14,122.

Kökkaya, D., Demirci, H., (2018). Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınmalar Üzerine Etkisi. 3. International Science Symposium. 69-79.

Kuh, D., Cooper, R., Moore, A., Richards, M., Hardy, R., (2018). Age at Menopause and Lifetime Cognition: Findings from a British Birth Cohort Study. *Neurology,* 90(19), e1673-e1681.

Kurt, G., Arslan, H., (2020). "Kadınların Menopoz Döneminde Yaşadıkları Sağlık Sorunları ve Baş Etme Yöntemleri". *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 910-920.

Kutlu Yücel, M., (2015). *Doğum ve Kadın Sağlığı.* Ankara: Palme yayıncılık

Li, S., Ho, S.C., Sham, A., (2016). Relationship Between Menopause Status, Attitude Toward Menopause and Quality of Life in Chinese Midlife Women in Hong Kong. *Menopause*, 23(1), 67-73.

Li, X., Ren, Z., Ji, T., Shi, H., Zhao, H., He, M., Fan, X., Guo, X., Zha, S., Qiao, S., Li, Y., Pu, Y., Liu, H., Zhang, X., (2021). Associations of Sleep Quality, Anxiety Symptoms and Social Support with Subjective Well-Being Among Chinese Perimenopausal Women. *J Affect Disord*, 302, 66-73

Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E., (2010). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *1*(2), 71-76.

Minkin, M.J., (2019). Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 46(3), 501-14.

Mirhaghjou, S.N., Niknami, M., Moridi, M., Pakseresht, S., Kazemnejad, E., (2016). Quality of Life and its Determinants in Postmenopausal Women: A Population-Based Study. *Appl Nurs Res*, 30,252-256.

Moghani, S.S., Simbar, M., Dolatian, M., Nasiri, M.,(2016). The Relationship 58 Between Perceived Social Support and Women Experiences in Menopause. *Advances in Nursing & Midwifery, 25*(90), 1-10.

Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A.R., Simoncini, T., (2018). Symptoms of Menopause-Global Prevalence, Physiology and İmplications. *Nat Rev Endocrinology,* 14, 199-215.

Moral, E., Delgado, J.L., Carmona, F., Caballero, B., Guillán, C., González, P.M., (2018). Genitourinary Syndrome of Menopause. Prevalence and Quality of

Life in Spanish Postmenopausal Women. The GENISSE Study. *Climacteric*, 21,167–73.

Orhan, İ., Yağmur, Y., (2020). Menopozal Dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi ve Motivasyonel Görüşmeler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, *8*(2), 496-505.

Önder, M., Durak Batıgün, A., (2016). "Erken ve Normal Menopoz: Stres, Evlilik Uyumu ve Cinsiyet Rolleri Açısından Bir Karşılaştırma*". The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, 29, 129-138.

Özcan, H., Çolak, P., Oturgan, B., Gülsever, E., (2019a). "Complementary and Alternative Treatment Methods for Menopausal Hot Flashes Used in Turkey". *African Health Sciences,* 19(4), 3001-3008.

Özcan, H., Oskay, Ü., (2013). Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163.

Özcan, H., Oskay, Ü., Bodur, A.F., (2019). Effects of Kefir on Quality of Life and Sleep Disturbances in Postmenopausal Women. *Holist Nurs Pract*. 33, 207-13.

Özcan, Ş., Eryılmaz, G., (2017). Klimakterik Dönemde Görülen Sorunlar ve Güncel Yaklaşımlar. *Turkiye Klinikleri J ObstetWomens Health Dis Nurs-Special Topics,*3(3), 213-8.

Özdemir, A.A., Kavak Budak, F., (2021). Menopoz Dönemindeki Kadınların Psikolojik İyi Oluşları ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(12), 787-791

Özdemir, Ö.Ç., Uysal, M.F., (2019). Postmenopozal Dönemde Pilates Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 10(1), 20- 26.

Özer, Ü., Gözükara, F., (2016). "Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 3(1), 16-26.

Özkan, S., (2016). Klimakterium ve Menopoz. A.Şirin, O.Kavlak (Ed.), İçinde *Kadın sağlığı*. 2. baskı, (s.154-167). İstanbul: Nobel kitapevleri

Özsoy, S., (2019). Klimakterium ve Menopoz. H. Arslan Özkan (Ed.), İçinde *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. (s.721-740). 1. Basım. Ankara Akademisyen Tıp Kitabevi

Pınar, E.Ş., Yıldırım, G.P., Aksoy, Ö.D., Cesur, B., (2015). Kadına Özgü Bir Sorun: Menopozda Ruh Sağlığı. *Internatıonal Journal of Human Science*, 12(2), 787-98.

Polat, F., Orhan, İ., Şimşek Küçükkelepçe, D., (2021). Does Social Support Affect Menopausal Symptoms in Menopausal Women?. *Perspect Psychiatr Care*, 1-9.

Raz, R., (2011). Urinary Tract Infection in Postmenopausal Women. *Korean Journal of Urology*, 52, 801-808.

Regestein, Q., Friebely, J., Schiff, I., (2015). How Self-Reported Hot Flashes May Relate to Affect, Cognitive Performance and Sleep. *Maturitas, 81*(4), 449-55.

Reid, R., Abramson, B.L., Blake, J., Desindes, S., Dodin, S., Johnston, S., Fortier, M., (2014). Managing Menopause Abstract and Summary Statement. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, 36(9), 1-72.

Roberts, H., Hickey, M., (2016). Managing the Menopause: An Update. *Maturitas*, 86, 53-58.

Roman Lay, A.A., do Nascimento, C.F., de Oliveira Duarte, Y.A., Porto Chiavegatto Filho, A.D., (2018). Age at Natural Menopause and Mortality: A Survival Analysis of Elderly Residents of São Paulo, Brazil. *Maturitas*, 117, 29-33.

Santoro, N., Epperson, C.N., Mathews, S.B., (2015). Menopousal Symptoms and Their Management. *Endocrinocology and Metabolism Clinics*, 44(3), 497-515.

Sezen, C., Ünsalver, B.Ö., (2018). Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki: Bir Gözden Geçirme ve Pilot Çalışma. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, *5*(1), 29-36.

Sharma, S., Mahajan, N., (2015), Menopausal Symptoms and its Effect on Quality of Life in Urban Versus Rural Women: A Cross-Sectional Study. *J Mid-Life Health*, 6, 16-20.

Sharma, S., Tandon, V.R., Mahajan, A., (2007). Menopausal Symptoms in Urban Women. *JK Scıence, 9*(1), 13-17.

Shim, E., Song, Y.W., Park, S.H., Lee, K.M., Go, D.J., Hahm, B.J., (2017). Examining the Relationship Between Pain Catastrophizing and Suicide Risk in Patients with Rheumatic Disease: the Mediating Role of Depression, Perceived Social

Support and Perceived Burdensomeness. *International Behavioral Medicine*, 24(4), 501-512.

Shirvani, M., Heidari, M., (2016). Quality of Life in Postmenopausal Female Members and Non-members of the Elderly Support Association. *J Menopausal Med*, 22(3), 154-160.

Shobeiri, F. J., (2016). Quality of Life in Menopausal Women in Iran: A Population-based study. *Journal of Menopausal Medicine*, 22(1), 31-38.

Sievert, L.L., Huicochea-Gómez, L., Cahuich-Campos, D., Whitcomb, B.W., Brown, D.E., (2021). Age at Menopause Among Rural and Urban Women in the State of Campeche, Mexico. *Menopause*, 28(12), 1358-1368.

Sis Çelik, A., Pasinlioğlu, T., (2014). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,1(1), 16-29.

Sis Çelik, A., Pasinoğlu, T., (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48-56.

Smail, L., Jassim, G., Shakil, A., (2019). Menopause-Specific Quality of Life Among Emirati Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 40.

Stefanska, A., Bergmann, K., Sypniewska, G., (2015). Metabolic Syndrome and Menopause: Pathophysiology, Clinical and Diagnostic Significance. Adv *Clin Chem*, 72, 1-75

Süt, K., Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel Yaşam Kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 51-68.

Şimşek, H.N., Demirci, H., Bolsoy, N., (2018). Sosyal Destek Sistemleri ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *8*(2), 97-103.

Takahashi, T.A., Johnson, K.M., (2015). Menopause. *Med Clin North Am*, 99(3), 521-34.

Taşkın, L., (2020). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi

Thapa, P., Thebe, P., (2021). Quality of Life of Postmenopausal Women in Rural Area, Nepal. *Post Reprod Health*, 27(3), 151-157.

Thornton, K., Chervenak, J., Neal-Perry, G., (2015). Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 44(3), 649-6.

Timur, S., Şahin, H.N., (2010). Menopoz ve Uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 61-7.

Tozlu, F., (2019). Doğal Menopoz, Cerrahi Menopoz Ve Erken Menopozun Yaşam Kalitesi, Cinsel Fonksiyonlar ve Depresyon Üzerine Etkisi Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sakarya

Tümer, A., Kartal, A., (2018). Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Tıp Dergisi, 11*(3), 337-346.

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Kadın, 2020. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 37221 Yayın Tarihi: 05.03.2021. Erişim Adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221. Erişim Tarihi: 15.06.2021.

Vaccaro, C. M., Capozzi, A., Ettore, G., Bernorio, R., Cagnacci, A., Gambacciani, M., Lello, S., (2021). "What Women Think About Menopause: An Italian Survey". *Maturitas,* 147, 47-52.

Velioğlu, E., Gürkan, Ö.C., (2021). Menopoz Semptomlarının Yönetiminde Kanıt Temelli Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi*, *3*(2), 20-27.

Viotti, S., Guidetti, G., Sottimano, I., Travierso, L., Martini, M., Converso, D., (2021). Do Menopausal Symptoms Affect the Relationship between Job Demands, Work Ability, and Exhaustion? Testing a Moderated Mediation Model in a Sample of Italian Administrative Employees. *Int J Environ Res Public Health,*18(19), 10029.

Vousoura, E., Spyropoulou, A.C., Koundi, K.L., Tzavara, C., Verdeli, H., Paparrigopoulos, T., Augoulea, A., Lambrinoudaki, I., Zervas, I.M., (2015). Vasomotor and Depression Symptoms May be Associated with Different Sleep Disturbance Patterns in Postmenopausal Women. *Menopause,* 22(10), 1053-1057.

Vural Aktan, G., Özdemir, F., (2020). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi . *Cukurova Medical Journal,* 45 (1), 352-361.

Ward, K., Deneris, A., (2018). An Update on Menopause Management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(2), 168-177.

Weber, M.T., Rubin, L.H., Maki, P.M., (2013). Cognition in Perimenopause: The Effect of Transition Stage. *Menopause, 20*(5), 511-517.

WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHOTechnical Report Series 866. Geneva: World Health Organization, 1996. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/handle/10665/41841. Erişim Tarihi: 15.06.2021

Wu, T., Yue, R., He, M., Xu, C., (2020). Effect of Fenugreek on Vasomotor Symptoms in Menopausal Women: A Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine, 99*(23), e20526.

Yalçın, İ., (2015). İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 26*(1), 21-32.

Yanıkkerem, E., Oruç Koltan, S., Goker Tamay, A., Dikayak S., (2012). Relationship Between Women's Attitude Towards Menopause and Quality of Life. *Climacteric*, 15, 552-562.

Yazdkhasti, M., Simbar, M., Abdi, F., (2015). Empowerment and Coping Strategies in Menopause Women: A Review. *Iran Red Crescent Medicine Journey, 17*(3), 1-5.

Yıldırım, İ., (2004). Eş Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3* (22), 19-25.

Yılmaz, H., Oral, E., (2015). Menopoz. C. Demir, Ü. Küçükgöz Güleç (Ed.), İçinde *Obstetrik ve Jinekoloji*. (s.363-371). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi

Yousefi, Z., Sharifi, K., Tagharrobi, Z., Akbari, H., (2015). The Effect of Narrative Reminiscence on Happiness of Elderly Women. *Iran Red Crescent Med J,* 17(11), e19612.

Yüksel Koçak, D., Kaya, İ.G., Aslan, E., (2017). Klimakterik Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *JAREN, 3*(2), 66-72.

Zamaniyan, M., Moosazadeh, M., Peyvandi, S., Jaefari, K., Goudarzi, R., Moradinazar, M., Kheradmand, M., (2020). "Age of Natural Menopause and Related Factors Among the Tabari Cohort". *Journal of Menopausal Medicine*, 26(1), 18-23.

Zambotti, M., Colrain, I.M., Javitz, H.S., Baker, F.C., (2014). Magnitude of the İmpact of Hot Flashes on Sleep in Perimenopausal Women. *Fertility and Sterility*, 102(6), 1708-1715.

Zhao, D., Liu, C., Feng, X., Hou, F., Xu, X., Li, P.,(2019). Menopausal Symptoms in Different Substages of Perimenopause and Their Relationships with Social Support and Resilience. *Menopause, 26*(3), 233-239.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, G.K., (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.

EKLER

EK-1 Tanımlayıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma menopoz dönemindeki kadınlarda sosyal destek algısının yaşam kalitesi ile arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Kişisel tüm verileriniz gizli kalacaktır. Bu formu doldurmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Veri toplama formunun tamamlanması yaklaşık 15-20 dakika sürecektir.

Çalışmama sağladığınız katkı için şimdiden teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE

LHÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Ayşegül KOÇYİĞİT

LHÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1.Yaşınız…….

2. Medeni durumunuz nedir?

a) Bekar

b) Evli

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise ve üzeri

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur-yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise ve üzeri

5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a) Çalışıyorum

b) Çalışmıyorum

6. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

7. Gebelik öykünüz var mı? (Gebelik sayısı, abortus yaşama durumu) :…….

8. Kiminle/ Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Eş, çocuklar ve akrabalar

b) Sadece eş

c) Eş ve çocuklar

9. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden fazla

10. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Kullanıyorum

b) Kullanmıyorum

11. Düzenli egzersiz yapar mısınız? (Haftada 3 gün 30 dk.)

a) Evet

b) Hayır

12. Kronik hastalığınız var mı?

a) Var

b) Yok

13. En son ne zaman adet oldunuz? …….

14. Menopozal semptomlarla baş etmek için bir yöntem kullanıyor musunuz?

a) Sıklıkla kullanıyorum

b) Bazen kullanıyorum

c) Nadiren kullanıyorum

d) Kullanmıyorum

EK-2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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

10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-3 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda sıralanan maddelerin her biri, sizin geçen hafta içinde bu tür sorunları yaşayıp yaşamadığınızı gösterir. Eğer böyle bir sorun yaşadı iseniz bu sorun sizi ne kadar rahatsız etti, ve sıkıntı verdi ise bunu 0-6 arasında bir puan vererek değerlendiriniz.

0: Hiç rahatsız etmedi, sıkıntı vermedi, üzmedi

6: Aşırı derecede rahatsız etti, sıkıntı verdi, üzdü.

Geçen hafta içerisinde; aşağıda sıralanan belirtileri yaşadınız mı? Cevabınız evet ise bu sizi ne kadar rahatsız etti?

Hiç rahatsız etmedi 0 1 2 3 4 5 6 → Aşırı derecede rahatsız etti.

	YOK						VAR
	0	1	2	3	4	5	6
1.Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık							
2.Gece terlemesi							
3. Terleme							
4. Hayatından memnun olmama							
5. Endişeli ve gergin hissetme							
6. Hafızada zayıflama hissetme							
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme							
8. Depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme							
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (Hoşgörüsüz olma)							
10. Yalnız kalma isteği							
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları							
12. Kas ve eklemlerde ağrı							
13. Yorgun ve yıpranmış							
14. Uyuma güçlüğü							
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar							
16. Fiziksel güçte azalma							
17. Dayanma gücünde azalma							
18. Enerjide azalma hissi							
19. Ciltte kuruluk							

20. Kilo alma							
21. Yüz tüylerinde artma							
22.Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik							
23. Şişkinlik hissi							
24. Bel ağrısı							
25. Sık idrara çıkma							
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma							
27. Cinsel istekte değişiklik							
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk							
29. Cinsellikte kaçınma							

EK-4 Etik Kurul Onayı

EK-5 Kurum İzni

EK-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

EK-7 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

EK-8 Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcılar **"Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Sosyal Destek Algısının Yaşam Kalitesi İle Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** başlıklı bu araştırma, Lokman Hekim Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Anket formuna isim ve soyisim yazmanıza gerek bulunmamaktadır.

Size üç anket uygulanacaktır. İlki bireysel bazı özelliklerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. İkincisi algıladığınız sosyal destek durumunuzu, üçüncüsü yaşam kalitesi düzeyinizi belirlemek için kullanılacak anketlerdir. Üç anket 55 sorudan oluşmakta ve 15-20 dakikada tamamlanmaktadır. Her bir soru araştırmacı tarafından size okunacak ve verdiğiniz yanıt anket formu üzerine işaretlenecektir.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşegül Koçyiğit

Dr. Öğr. Üyesi Didem Şimşek Küçükkelepçe

Lokman Hekim Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Telefon

İNTİHAL RAPORU

Tez intihal

By Ayşegül Koçyiğit

Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ORIGINALITY REPORT

17%
SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	697 words — 5%
2	core.ac.uk Internet	290 words — 2%
3	dergipark.org.tr Internet	261 words — 2%
4	b3b7dd1a-d8cb-4579-8cfc-f21897e0f1ee.filesusr.com Internet	85 words — 1%
5	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 Internet	77 words — 1%
6	abakus.inonu.edu.tr:8080 Internet	76 words — 1%
7	Karagoz, Esra. "Kalp yetersizligi Olan Hastalarda Sosyal destegin ilac Uyumuna Etkisi", Marmara Universitesi (Turkey), 2020 ProQuest	60 words — < 1%
8	www.researchgate.net Internet	52 words — < 1%
9	nek.istanbul.edu.tr:4444	

ÖZGEÇMİŞ

1. BİREYSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı: AYŞEGÜL KOÇYİĞİT

Uyruğu:

2. MESLEKİ DENEYİM

Ankara Medicana Hastanesi - Hemşire / Eylül 2014-Kasım 2014

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi - Hemşire / Aralık 2014-Halen

3. ÜYE OLUNAN BİLİMSEL KURULUŞLAR

Türk Hemşireler Derneği

4. KURS VE EĞİTİMLER

15 Mayıs 2012: Kanıta Dayalı Uygulamalarda Hemşirelik Programı

2015-2016: Gazi Üniversitesi Pedagojik Formasyon Eğitimi

26 Mayıs 2017: Triaj Sempozyumu

7 Mart 2018: Kolon Kanseri Farkındalık Sempozyumu

02 Mayıs 2019: Triaj-2 Sempozyumu

12 Haziran 2019: Acil-KLP Sempozyumu

27-29 Eylül 2019: 8. Ulusal Geriatrik Hematoloji Kongresi

23-25 Aralık 2020: Ulusal Yara Sempozyumu

26-27 Aralık 2020: 6. Uluslararası Kadın Çocuk Sağılığı ve Eğitimi Kongresi

28-29 Mayıs 2021: Kadın Sağlığında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Sempozyumu I: Jinekolojik Sorunlar

18-20 Haziran 2021: 1. Uluslararası Gülhane Anne Sütü ve Emzirme Kongresi

18 Haziran 2021: Emzirme Danışmanlığı Kursu

5. YAYIMLANAN MAKALELER

Şimşek Küçükkelepçe, D., Aygün, P., Koçyiğit, A., (2021). Türkiye'de Premenstrual Sendrom ve Dismenorenin Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Yapılan Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi. 2(2), 64-69.

6. YAYIMLANAN BİLDİRİLER

Aygün, P., Koçyiğit, A., Şimşek Küçükkelepçe, D., (2021). Türkiye'de Premenstrual Sendrom ve Dismenorenin Yönetiminde Kullanılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Etkisini Değerlendiren Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi. Kadın Sağlığında Geleneksel ve Tamamlayıcı Uygulamaları Sempozyumu I: Jinekolojik Sorunlar. Özet Bildiri / Sözlü Sunum