



**POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARA UYGULANAN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK STRES AZALTMA PROGRAMININ MENOPOZAL
YAKINMALAR VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Nurdilan ŞENER

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

Doktora Tezi – 2021

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**POSTMENOPUZAL DÖNEMDEKİ KADINLARA UYGULANAN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK STRES AZALTMA PROGRAMININ MENOPOZAL
YAKINMALAR VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Nurdilan ŞENER

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

MALATYA

2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Menopozal Dönem.....	3
2.2. Menopoz Çeşitleri.....	4
2.3. Menopozla İlişkili Semptomlar	4
2.4. Menopozal Dönemde Hemşirenin Görev ve Sorumlulukları	7
2.5. Menopoz ve Yaşam Kalitesi	8
2.6. Bilinçli Farkındalık.....	9
2.7. Hemşirelik ve Bilinçli Farkındalık Yaklaşımı	12
3. MATERYAL VE METOT	14
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.4. Veri Toplama Araçları	15
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK- 6)	15
3.4.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (EK-7)	15
3.4.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (EK-8)	16
3.4.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK-9).....	16
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Hemşirelik Girişimi	18
3.6.1. Girişim Materyali.....	21
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.8. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi.....	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı	23

4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	53
EK-1. Özgeçmiş.....	53
EK-2. Etik Kurul Onay Sayfası	54
EK-3. Kurum İzni	55
EK-4. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu)	56
EK-5. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu)	57
EK-6. Kişisel Bilgi Formu	58
EK-7. Bilinçli Farkındalık Ölçeği.....	59
EK-8. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği	60
EK-9. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	61
Ek-10. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı Katılımcı Belgesi.....	63
EK-11. Menopoz Yakınmaları İçin Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı Kitapçığı.....	64

TEŐEKKÜR

Lisansüstü eğitim hayatım boyunca ve tezimin tüm aşamalarında bana olan desteğini esirgemeyen, bana göstermiş olduğu her türlü destek, emek, sabır ve her zaman ulaşabilme şansını sunan değerli hocam, danışmanım sayın Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN'a,

Tez çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren, değerli komite üyelerim sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye ve sayın Prof. Dr. Ahmet ÜNAL'a,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm kadınlara ve çalışmamı yapmamda beni destekleyen ve motive eden Elazığ Kültür 1 ve 2 Nolu ASM çalışanlarına,

Tüm eğitim hayatımda bana desteğini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime,

Zorlu sürecimde bana her türlü desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Nurdilan ŞENER

ÖZET

Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Menopozal Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Amaç: Araştırma postmenopozal dönemdeki kadınlara uygulanan bilinçli farkındalık stres azaltma programının (BFSAP) menopozal yakınmalara ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma yarı deneyseldir. Araştırma evreni 2626 kadın, örneklemini de 55 deney ve 63 kontrol grubu olmak üzere toplam 118 kadın oluşturmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların verilerinin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) uygulanmıştır. Deney grubundaki kadınlara 8 haftalık Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı uygulanmıştır. Araştırmaya katılan deney grubunda ki kadınlara ön testten 8 hafta sonra Menopozal Yakınmaları İçin Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı Kitapçığı dağıtılmıştır. Ön testten 8 ve 16 hafta sonra deney grubu ve kontrol grubundaki kadınlara BİFÖ, MSDÖ ve MÖYKÖ uygulanmıştır. Verileri değerlendirmek için tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t-testi, ki-kare testi, ANOVA, Mauchly's testi ve Cronbach Alpha analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grubundaki kadınların ara test ve son testte MSDÖ psikolojik şikâyetler alt boyutu ve toplam puanı arasında önemli farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ara testte MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve cinsel alan alt boyutları ile ölçek toplam puanında deney ve kontrol grubu arasında önemli farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubundaki kadınların son testte MÖYKÖ vazomotor alan, psikososyal alan, fiziksel alan alt boyutları ve ölçek toplam puanında deney ve kontrol grubu arasında önemli farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Kadınlara uygulanan BFSAP postmenopozal dönemde kadınlarda görülen menopozal semptomları azaltmış ve yaşam kalitesini artırmıştır.

Anahtar kelimeler: Postmenopoz; Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı; Menopozal Semptomlar Değerlendirme Ölçeği; Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği.

ABSTRACT

The Effects Of Mindfulness Stress Reduction Program On Menopausal Complaints And Quality of Life in Postmenopausal Women

Aim: The study was conducted to determine the effect of the mindfulness stress reduction program (MBSR) applied to postmenopausal women on menopausal complaints and quality of life.

Materials and Methods: Research is quasi-experimental. The population of the study was 2626 women and the sample was composed of 55 experimental and 63 control groups, totally 118 women. The data of the study were collected using Personal Information Form, Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Menopausal Symptoms Assessment Scale (MSAS) and Menopause Specific Quality of Life Scale (MYQOL). In the study, an 8-week Mindfulness Stress Reduction Program was applied to the women in the experimental group. In the study, mid-test and post-test (MAAS, MSAS, MYQOL) were applied 8 and 16 weeks after the pre-test. Descriptive statistics, independent groups t test, chi-square test, ANOVA, Mauchly's test and Cronbach Alpha analysis were used to evaluate the data.

Results: It was found that there was a significant difference women' the psychological complaints sub-dimension and the total score of MSAS scala between the mid and post-tests of the experimental and control groups ($p < 0.05$). In the mid-test of MYQOL; significant differences were found between the experimental and control groups in the sub-dimensions of vasomotor, psychosocial, sexual domain and total scores of MYQOL scale ($p < 0.05$). In the post-test of the women in the experimental and control groups, a significant difference was found between the vasomotor area, psychosocial area, sub-dimensions of physical area and total scores of MYQOL scale ($p < 0.05$).

Conclusion: MBSR what applied to women; It reduced the menopausal symptoms seen in women in the postmenopausal period and increased the quality of life.

Keywords: Postmenopause; Mindfulness Stress Reduction Program; Menopausal Symptoms Rating Scale; Menopausal Quality of Life Scale.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BİFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
MSDÖ	: Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeği
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
BFSAP	: Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı
MYBFSAP	: Menopozal Yakınmalar İçin Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
LH	: Luteotrop Hormon
GNRH	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
BFTBT	: Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi

ŞEKİLLER DİZİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması 24



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test BİFÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ara Test BİFÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ara Test MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ara Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test BİFÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.10. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.11. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların BİFÖ Toplam Ön Test-Ara Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.12. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların MSDÖ Ön Test-Ara Test -Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.13. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların MÖYKÖ Ön Test-Ara Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33

1. GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de teknolojinin gelişmesi, sağlık bakım olanaklarının artması ve yaşam koşullarının iyileşmesi sonucu doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır (1). Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kadın hayatının son dönemi olan menopozal dönemde geçirilen süre de artmıştır (2). Bu durum kadınların menopozal semptomlarla geçen sürenin uzamasına neden olmuştur (3). Menopozal dönemde kadınların en fazla yaşadığı semptomlar sırasıyla gece terlemesi, sıcak basması, uyku sorunları, anksiyete, depresyon, huzursuzluk, cinsel ilgide azalma, vajinal atrofi, stress inkontinas ve ağrılı cinsel ilişkidir (4-6). Literatürde postmenopozal dönemde kadınların %40-%93 oranları arasında sıcak basmasından (7-9), %17-%91 oranları arasında gece terlemesinden (8, 9) şikayetçi olduğu aynı zamanda %72-%85 oranları arasında uyku problemi yaşadığı saptanmıştır (8, 10). Yaşanılan bu yoğun menopozal semptomlar kadının yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerdir (8). Literatürde menopozal semptomların kadınların yaşam kalitesini azalttığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (11-16).

Kadınların menopozal semptomlarla baş etmesini sağlayan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler bulunmaktadır (6). Farmakolojik yöntemleri tercih etmek istemeyen bireyler tamamlayıcı alternatif tedavilerden masaj, refleksoloji, aromaterapi, terapötik dokunma, homeopati, bitkisel terapiler, hipnoterapi, akupunktur, yoga, meditasyon, müzik terapi ve ayurveda gibi yöntemleri tercih edebilmektedir (17, 18). Bu yöntemler içerisinde bilişsel davranışçı terapi, genellikle kadınların bedenlerinin kontrolü dışında hissetmelerini sağlayan bedensel deneyimlere yönelik işbirlikçi ve güçlendirici bir yaklaşım sunmaktadır (19). Literatürde bilişsel davranışçı terapinin menopozal dönemde kadınların yaşamış oldukları menopozal yakınmaları azalttığı gösterilmektedir (20, 21). Aynı zamanda kökenini bilişsel davranışsal terapidenden alan bilinçli farkındalık temelli terapiler günümüzde sağlık alanında oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (22-31). Bilinçli farkındalığın zihin, beden, beyin ve davranış olmak üzere bireylerin tüm sağlığını olumlu etkilediği görülmüştür (32). Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların insan sağlığına olan faydası, kullanımının son yıllarda oldukça artmasına neden olmuştur (32, 33). Literatürde bilinçli farkındalık programlarının kanser ve diyabet hastaları, madde kullanımı olan bireyler, gebeler, inkontinansa bağlı şikayetleri olanlar, infertilite ve cinsel problem yaşayan bireyler üzerinde etkisini

inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir (22-31). Araştırma sonuçları bilinçli farkındalığın hastalıklara bağlı semptomları azalttığı, iyi oluşu arttırdığı ve stres seviyesini düşürdüğünü göstermektedir (34-41).

Menopozal semptomlar kültürel farklılıklar nedeni ile değişebilmektedir (42). Benzer Şekilde nonfarmakolojik yöntemlerin etkisi de kültürel farklılıklardan etkilenmektedir. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemlerin farklı kültürlerde yaşayan menopozal dönemdeki kadınların yakınmaları üzerine etkisini gösteren araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Farklı kültürlerde bilinçli farkındalık programının menopozal yakınmaları azaltmada etkili bir yöntem olduğu gösterilse de (43, 44) Türk kültüründeki kadınlarda etkisine rastlanmamıştır.

Menopozal dönemde kadınların yaşam kalitesinin korunması, sağlığın geliştirilmesi konusunda en önemli hedeflerden biridir (7). Bu hedefe ulaşmada hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (8). Hemşireler tarafından kadınlara sağlığını koruyucu ve geliştirici bir anlayış çerçevesinde daha nitelikli sağlık hizmeti sunulmalıdır (45). Bu hizmeti sunarken nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerinden de yararlanılmalıdır. Ancak bunun için kendi toplumumuzda sağlık bakım hizmetlerine ilişkin yöntemlerin etkisini gösteren kanıtlara ihtiyaç duyulmaktadır (46, 47). Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlardan olan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı ile menopozal yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ortaya konulması hemşirelik bakımına kanıt oluşturacağı kanaatindeyiz.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma; postmenopozal dönemde kadınlara uygulanan bilinçli farkındalık stres azaltma programının menopozal yakınmalar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Bilinçli farkındalık stres azaltma programı menopozal yakınmaları azaltır.

H₂: Bilinçli farkındalık stres azaltma programı menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini arttırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopozal Dönem

Kadın hayatı birbirinden farklı beş dönemden oluşmaktadır. Bunlar çocukluk dönemi, ergenlik dönemi, cinsel olgunluk dönemi, menopozal dönem ve yaşlılıktır. Bu evrelerin her birinde birbirinden farklı fiziksel, psikolojik ve hormonal değişiklikler görülür. Her dönem birbirinden farklı özellikler göstermesine rağmen, ergenlik ve menopoz dönemlerinin kadın hayatına getirdikleri farklılıklardan dolayı, beş dönem içerisinde en önemli dönemlerden sayılır (48). Özellikle menopoz, yaşam süresinin artmasıyla kadınların yaşamlarında büyük bir kısmını geçirdikleri dönem olma özelliğindedir (2). Menopoz kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu bir yaşam dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopozu “ovaryum aktivitesinin kaybolması sonucunda menstrual siklusların kalıcı olarak sonlanması” olarak tanımlamıştır (49, 50). Ülkemizde menopoz girme yaşı ortalama olarak yaklaşık 47-49 (51) yaş arasında iken dünyada 50-52 yaş arasında değiştiği belirtilmektedir (51). Menopoz giriş aniden gelişen bir süreç değildir. Yıllar içerisinde devam eden bir sürecin sonunda ortaya çıkar (51).

DSÖ menopozu üç kategoriye ayırmıştır;

1. Premenopoz
2. Menopoz
3. Postmenopoz

Premenopozal Dönem: Klimakteryumun ilk fazıdır. Bu fazda, menstrual siklus düzeni bozulmaya başlar, fertilité azalabilir ve disfonksiyonel kanamalar ortaya çıkabilir. Menopozdan 2-6 yıl önceki sürece denk gelen premenopozda, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar görülebilmektedir (49, 52).

Menopozal Dönem: Bir yıl süre ile menstruasyon yaşamayan kadınların menopozal döneme girmiş olduğu kabul edilmektedir. Klimakterik dönemde ortaya çıkan foliküllerdeki azalma ile birlikte östrojen miktarında ciddi azalma olur (8, 52, 53).

Postmenopozal Dönem: DSÖ' ye göre menopozdan sonra geçen 6-8 yıllık döneme postmenopozal dönem adı verilmiştir. Perimenopozal dönemin sona ermesi ile başlayıp

65 yaşına yani yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen yaşa kadar devam eden dönemdir. Postmenopozal dönemde ovaryum aktivitesi tamamen durmuştur (49, 52) .

2.2. Menopoz Çeşitleri

Menopoz giriş şekillerine göre farklılık gösterebilmektedir.

Doğal menopoz; Menstrual kanamalarının herhangi bir cerrahi ya da medikal müdahale olmaksızın kendiliğinden sonlanmış ve devam eden bir sene boyunca menstruasyonun gerçekleşmemiş olması doğal menopoz olarak adlandırılır (54).

Erken Menopoz; 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle menstruasyonun sonlanmış olmasına erken menopoz denir (55). Ancak bazı özel durumlarda menstruasyonda durma meydana gelebilmektedir. Bu sebeple erken menopozdan söz edebilmek için gebelik, tiroid problemleri, hiperprolaktinemi gibi sekonder amenore nedenlerinin dışlanmış olması gerekmektedir (54).

Primer Over Yetersizliği; over fonksiyonlarının 40 yaşından önce durmasına “primer over yetersizliği”, farklı bir söyleyişle “prematür menopoz” denilmektedir (56). Primer over yetmezliğine otoimmün hastalıklar, genetik bozukluklar (özellikle X kromozom anomalileri, folikül stimüle edici hormon (FSH) reseptör gen polimorfizmi, inhibin B mutasyonları, enzim defektleri) ve bazı enfeksiyonlar (kabakulak, malarya, tüberküloz, shigella, varisella) sebep olarak sıralanabilmektedir. İndüklenmiş primer over yetersizliği sebepleri ise; kemoterapi, radyoterapi, bilateral ooferektomi, histerektomi ve uterin arter embolizasyonudur (57, 58).

Cerrahi menopoz; overlerin çeşitli sebeplerle cerrahi işlemle alınmasıdır. Yapılan bu cerrahi işlem sonrasında menstruasyon kalıcı olarak sonlanmaktadır. Doğal olarak gerçekleşen normal, erken ya da prematür menopozun aksine cerrahi menopozda over fonksiyonları ani olarak kaybolmaktadır. Cerrahi menopoz sonrası oluşan ani hormonal değişiklikler sıcak basması, vulvovajinal atrofi, uyku bozuklukları, baş ve eklem ağrıları, cinsel problemler ve duygu durum değişiklikleri gibi menopozal semptomların hızlı ve ani bir şekilde ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (56).

2.3. Menopozla İlişkili Semptomlar

Menopozal dönemde, östrojen seviyesinde görülen azalma başta olmak üzere farklı hormon seviyelerindeki değişimler ve yaşla ortaya çıkabilecek sorunlar kadınlarda bir takım problemlere neden olabilmektedir. Menopozal dönemde görülen yakınmalar

sıcak basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk, ciltte kuruma, psikolojik, zihinsel bozukluklar ve somatik bozukluklar gibi sağlık sorunlarını içermektedir (52).

Vazomotor Semptomlar; sıcak basması ve gece terlemeleri olarak kendini gösteren vazomotor semptomlar, menopoza dair en sık rastlanan semptomlardandır. Genellikle 2-4 dakika kadar süren, göğüsten başa doğru yayılan ani ısı artışı şeklindedir. Isı artışına terleme, çarpıntı ve anksiyete eşlik edebilmektedir (54). Literatürde kadınların %93-40 arasında sıcak basması %91-11’inde gece terlemesi görüldüğü belirtilmektedir (7, 9, 10, 59).

Vazomotor semptomlar premenopozal dönemde %14-51, perimenopozal dönemde %35-50, postmenopozal dönemde ise %30-80 arasında görülmektedir. Vazomotor semptomlar kadınların %50-75’inde menopozdan sonraki 5 yıl içerisinde kendini sınırlayarak azalabilmekte ancak %9 luk bir kısmında 70 yaşına kadar sürebilmektedir. Sıcak basmaları, menopozdan sonra ilk 6 ay içinde sonlanabilirken 30 sene boyunca devam eden vakalar da bildirilmektedir (60).

Psikolojik Semptomlar; menopozda yaşanan hormonal değişiklikler merkezi sinir sistemi üzerinden çeşitli ruhsal değişikliklere sebep olup duygu durum ile davranışları etkileyebilmektedir (61). Kadınların duygu durum değişikliklerini “kadının kendini kötü, üzgün ve ağlamaklı hissetmesi, isteksizlik, ruh halinde farklılık, sinirlilik hissi, gerginlik, çabuk öfkelenme duygusu, huzursuzluk, panik hissi, genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon azlığı ve unutkanlık” olarak ifade edilmektedir (61). Ülkemizde menopozal dönemde olan kadınların %72’sinde çabuk sinirlenme, %83.8’inde keyifsizlik, %82.4’sinde fiziksel ve zihinsel yorgunluk olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda %83.3’ünde hüzünlenme, %63.3’ünde unutkanlık olduğu görülmüştür (7, 10). Farklı kültürlerde de ülkemizle benzer şekilde menopozal dönemde kadınların %90.7’sinin duygusal problemler (ağlama, depresyon, sinirlilik) yaşadığı saptanmıştır (9, 59).

Uyku Bozuklukları; menopozla birlikte, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir diğer problem uyku problemleridir (62). Perimenopozal dönemde ortaya çıkan hormonal değişiklikler uyku kalitesinde düşmeye neden olmaktadır. Aynı zamanda kadınlarda görülen sıcak basması ve gece terlemeleri de uykunun bölünmesine ve uyku kalitesinin düşmesine yol açabilmektedir (63). Uykuyu etkileyen başka bir faktör ise östrojenin uykuya geçişi kolaylaştıran ve uykunun hızlı göz hareketlerinin olduğu fazı

(REM) hem sayı hem de süre olarak arttıran bir hormon olmasıdır. Ayrıca düşük östrojen düzeyi, düzenli uykuda önemli rolü olan serotoninini azaltır ve uyku bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olur (62).

Bilişsel Fonksiyon Değişiklikleri; Bilişsel fonksiyonlarda görülen değişiklikler menopozal dönemde değişen östrojen seviyesinden kaynaklıdır. Menopozal dönemde kadınlarda görülen östrojen seviyelerindeki değişkenlik, bilişsel fonksiyonlarda geçici bozulmalara yol açabilir (64). Bilişsel fonksiyonlardaki bu kayıp özellikle perimenopozal dönemde, menopozal dönemin geç evresine göre çok daha belirgindir (65). Ayrıca orta ve şiddetli vazomotor semptomların ve uyku bozukluklarının öğrenme, hafızada zayıflama ve hafıza problemleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (66, 67).

Kardiyovasküler Problemler; menopozdan önce kadınlarda arteriyel elastikiyet aynı yaş grubundaki erkeğe göre daha fazladır. Kadında görülen bu farklılık postmenopozal dönemde etkisini kaybeder. Östrojen seviyesindeki düşüş arteriyel vazokonstriksiyona neden olur (68). Östrojen eksikliğine bağlı olarak renin-angiotensin-aldosteron sistemi aktive olur ve vazokonstriktör etki gösteren endotelin miktarı artar. Buna karşın kardiyoprotektif etkisi olan nitrit oksit miktarı azalır (64). Serumda yüksek yoğunlukta lipoprotein (HDL) düzeyi azalır ve düşük yoğunlukta lipoprotein düzeyi (LDL) artar. LDL artışı, kolestorel birikimine neden olarak, damarlarda arteroskleroz gelişmesine yol açar. Östrojen yetersizliği sonucu artan kolesterol, koroner kalp hastalığı için önemli bir risk oluşturmaktadır (52). Kalpte meydana gelen yağlanma yaş, obezite, ırk ve diğer değişkenlerden bağımsız olarak, geç perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda, premenopozal kadınlara oranla daha fazla olduğu görülmektedir (69).

Ürogenital Semptomlar; menopoz sonrası östrojenin kaybına bağlı olarak üreme organlarında regresyon görülmektedir. Üreme organlarındaki değişiklik uterus, vajina, vulva ve uretranın distal bölümünde görülmektedir (70). Östrojen eksikliğine bağlı olarak vajen epitelinde incelme, rugaelerde kaybolma, vajen boyunda kısalma, vajen elastikliğinde azalma ve lubrikasyonda azalma meydana gelmektedir (71). Menopozal dönemde kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyen genital atrofiler; vajinal kuruluk ve yanma, ilerleyen yıllarda vulvada meydana gelen darlıklar, cinsel ilişkide güçlük ve ağrılı cinsel ilişkiye neden olabilmektedir. Ancak seksüel olarak aktif yaşlı kadınlarda, cinsel ilişki sırasında genital sistemdeki kan akışının artmasına bağlı olarak vajinal atrofi daha az görülebilmektedir. Üriner sistemde de östrojen eksikliğine bağlı olarak

mesane ve üretra mukozasında incelmeye görülebilmekte bu nedenle bakteriyel üretrit, urge inkontinans, sık idrara çıkma, sistit ve üriner sistem enfeksiyonu gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (61).

Kas ve İskelet Sistemi Problemleri; menopozal dönemde meydana gelen kas-iskelet sistemine özgü belirtiler vücut hacminde, hareket esnekliğinde ve tüm motor hareketlerde azalma, kas ağrısı, artralji ve kemik kırıklarında artma şeklinde görülmektedir (49). Menopozla ilgili meydana gelen en önemli kas iskelet sistemi sorunlarından biri osteoporozdur. Kemik mineral yoğunluğu ilerleyen yaşla birlikte azalmakta ancak menopozda bu düşüş daha hızlı olmaktadır (72). Kas lifleri üzerindeki östrojen reseptörleri nedeniyle, over fonksiyonlarının kaybı kas dokusunu negatif yönde etkiler. Yaşla birlikte kilo alınması, kas yıkımını destekleyen proinflatuar sitokinler ve oksidatif stresin artmasına neden olur. Kemik yapının korunmasında östrojen yanında androjenler de etkilidir. Yaşla birlikte adrenal glandlarda androjen üretimi azalır. Ancak postmenopozal dönemde overler az da olsa androjen üretimine devam eder. Hormonal faktörlerin yanında sigara bağımlılığı, düşük fiziksel aktivite, kalsiyum ve D vitamini eksikliği gibi faktörler de osteoporoz ile ilişkilidir (63).

Saç ve Cilt Değişiklikleri; dermis ve epidermiste bol miktarda bulunan östrojen ve progesteron reseptörleri nedeniyle, menopozla ilgili hormonal değişiklikler saç ve cilt üzerinde oldukça etkilidir. Postmenopozal dönemde oluşan östrojen miktarındaki azalma ciltte kuruluk, kırışıklık, iyileşmede güçlük gibi durumların görülmesinde artmaya neden olabilmektedir (73). Menopozdan sonra kollajen miktarı ve cilt elastikiyeti de azalmaktadır. Melanosit sayısında meydana gelen artış, ciltte düzensiz renk değişikliklerine neden olur. Menopozdan sonra östrojen/androjen oranı bozulur ve bu da kadınlarda saç dökülmesi ve yüzde istenmeyen tüylerde artışa neden olur. Tüm bu değişiklikler kadının beden imajını olumsuz etkilemektedir (74).

2.4. Menopozal Dönemde Hemşirenin Görev ve Sorumlulukları

Hemşireler toplumda hastalıkların önlenmesi, hastalık anında iyi bir bakımın üstlenilmesi ve sağlığın geliştirilmesinde etkin rolü olan bir sağlık profesyoneleridir. Hemşire; bireye koruyucu sağlık hizmetini de içeren bütüncül bir sağlık anlayışı sunmalıdır (75). Hemşirelerin kadınların yaşama uyumunu sağlayarak yaşam kalitesini artırmak için bütüncül olarak ele alıp etkileyen faktörleri değerlendirmesi gerekir. Menopozal dönemde bakım verilirken hemşirelere bu süreçte büyük bir rol düşmektedir

(3). Hemşireler bu süreçte kadınların menopozal döneme uyumunu kolaylaştırmalı, kadınları desteklemeli ve kadınların yaşadıkları sorunlarda yol gösterici olup başa çıkmalarına yardımcı olmalıdır (3).

Menopozal dönemde kadın sağlığının geliştirilmesinde hemşirelere bir takım roller düşmektedir. Bu dönemde hemşirelerin başlıca sorumlulukları; menopoz ile ilgili fiziksel ve emosyonel değişiklikleri kadının anlayabilmesini sağlamak, menopozal belirtilerin günlük yaşamı etkilememesini sağlamak, kadında osteoporoz gelişimini en düşük düzeye getirmek ve önlenmesini sağlamak, kadın ve ailesinin klimakterik olaylarla etkin şekilde baş edebilmesini sağlamak, kadınların bu dönemle yaşadıkları yakınmalara ilişkin veri toplamak, kadınların yaşam kalitesini belirleyerek, verilecek sağlık bakımını bu verilere göre planlamak, temel gereksinimlerin karşılanmasında kadına ve ailesine eğitim ve danışmanlık yapmak, kadının sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde hem karar vermede hem de davranışların uygulanmasında aktif rol almasını sağlamaktır (52, 67).

2.5. Menopoz ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, birey tarafından mevcut yaşamını değerlendirmesi esasına temellendirilen kişisel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bütünlüğü şeklinde tanımlanan, kişisel iyilik halinin ve hayatın farklı açılarıyla ilgili bireyin kendi yaşamından aldığı haz ve doyum ifadelerini kapsamaktadır. Kısaca özetlemek gerekirse, yaşam kalitesi kişilerin ev ve toplum hayatıyla fiziksel ve mental iyilik ile sağlıktan aldıkları doyumdur (3). Yaşam kalitesi; kişinin sosyal yaşamını, fiziksel, fizyolojik ve sosyal sağlık kavramlarını içeren çok geniş kapsamlı bir kavramdır (3, 76) .

Günümüzde sağlık algısının değerlendirilmesinde fiziksel ve fizyolojik nedenlerden kaynaklanan semptomların şiddetinin azaltılması veya ortadan kaldırılması ve yaşamdan beklenen sürenin arttırılması gibi parametreler yetmemektedir. Değişen sağlık algısında bireyin kendi durumunu nasıl algıladığı da bu parametrelere dahil edilmekte, böylece sağlıkta yaşam kalitesi kavramının önemi öne çıkmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirirken yaşam kalitesini etkileyen tüm boyutlar ele alınıp bütüncül bir yaklaşım sağlanması gerekmektedir. Örneğin genel yaşam kalitesi içerisinde yer alan ve aynı zamanda sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerden olan gelir seviyesi, sosyal fırsatlar, politik ortam, çevresel faktörler ve bireysel inançlar gibi parametreleri de sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmemek gerekmektedir (76).

Yaşamdan beklenen sürenin uzaması ile kadınların menopozal dönemde geçirdikleri sürede de artma olmuştur. Menopozal dönemde geçen sürenin artmasıyla kadınların yaşadığı menopozal yakınmalar ve menopozun arttırdığı, sağlık sorunları yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (77). Menopozda yaşanan semptomlar yaşam kalitesinde ve sağlık algılamasında belirleyici tek kriter değildir (78). Menopozal dönemde yaşam kalitesini ve menopozal yakınma oranını etkileyen faktörler arasında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, menopozal dönem, düzenli jinekolojik kontrole gitme, doğum sayısı gibi birçok faktörde bulunmaktadır (5, 79).

Literatürde menopozal dönemin kadınların yaşam kalitesini etkilediğini gösteren çalışma bulguları mevcuttur (12-15). Smail ve arkadaşları kadınların yaşadıkları menopozal semptomların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (15). Benzer şekilde farklı çalışmalarda da menopozal dönemde ki kadınlarla menopoza bağlı semptomların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (11, 12, 16, 17). Çalışma sonuçları incelendiğinde menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin menopozda yaşanan semptomlara bağlı olarak etkilendiği görülmektedir (8, 11-15).

Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlenmesi ve yaşam kalitesini arttırmak için alternatif yolların aranması sağlık alanında çalışan personellerin önemli rol ve sorumluluklarındandır (3).

2.6. Bilinçli Farkındalık

Bütüncül yaklaşımlardan olan tamamlayıcı alternatif tedaviler geçmişten günümüze sürekli olarak kullanılmaktadır (46). Tamamlayıcı alternatif tedaviler masaj, shiatsu, refleksoloji, aromaterapi, terapötik dokunma, homeopati, bitkisel terapiler, hipnoterapi, akupunktur, şiropraksi, alexander tekniği, biofeedback, dans terapisi, yoga, meditasyon, müzik terapisi, reiki, refleksoloji/zone terapi olarak sayılabilmektedir (18, 19, 80). Kadınların tercih ettikleri nanfarmakolojik yöntemler çoğunlukla kültürel yapılarına uygun tedavi yöntemleridir. Bu yöntemler arasında akupunktur, yoga, rahatlama hareketleri, manipülasyon teknikleri, meditasyon, egzersiz, homeopati, doğal östrojen kaynakları, diyet, vitaminler ve minareller bulunmaktadır (18). Farkındalık temelli terapiler de ülkemizde son beş yılda uygun ve kolay uygulanan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (81, 82).

Bilinçli farkındalık, içinde bulunulan zamanda olayları yargılamadan kabul ederek ve dikkati odaklayarak mevcut anda kalabilmeyi, o anki deneyime odaklanmayı

yaşanılan durumlara yönelmeyi, açık olmayı ve durumları-olayları yargılamadan kabullenmeyi içermektedir. Bilinçli farkındalığın temelinde “dikkate” ve “duygulara” düzen verilmesi vardır. Böylece yoğun düşünce ve fikirlerden mevcut duruma odaklandırılarak kişinin dikkatinin bilişsel bir esnekliğe ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu esnekliğin pratik uygulamalar ile geliştirilebilen ayrıca meditasyon temelli müdahaleler ile arttırılabilen psikolojik bir süreç olduğu da iddia edilmektedir (80, 81, 83, 84).

Kökeni 2500 yıl öncesine dayanan bilinçli farkındalık, Budist psikoloji dili olan Pali dilinde hatırlama, farkındalık ve dikkat manasına gelen Sati kelimesinden türetilmiştir. Sati, genelde zihnin var olması anlamında olan hatırlamak anlamına gelir. Bu kavramın bir kısmı olan ‘hatırlamak’, anılarla hayatı sürdürmek değil onları kabullenerek dikkati mevcut zamandaki deneyimlere tekrardan yönlendirme manasına gelmektedir (34, 85).

Dikkatte kalmak daha fazla farkındalığa ve yaşanan anın gerçekliğinin daha fazla kabul edilmesini sağlar. Bireyin farkındalığı az olduğunda, bilinç dışı köklü korkular ve güvensizliklerle yönlendirilir. Bu durum otomatik davranışlardan kaynaklanan engellenemeyen farklı sorunları meydana getirir. Ortaya çıkan sorunlara dikkat edilmediğinde, sorunlar zamanla çoğalır ve bu durum insanların kendilerini köşeye sıkıştırılmış ve itelenmiş gibi hissetmesine neden olur. Bilinçli farkındalık, insanların sıkıştırılmış olduğunu hissettiği noktadan kurtulup canlılığa ve tekrardan bilinçli halde olma yolunu gösterir. Bu yolun temeli anın değerini anlamak, mevcut zamana özen vermek, sezgilere sürekli dikkati yönelterek şimdiki anla iç içe olmak, hayatı önemsemektir (86).

Bilinçli-farkındalık anlarının 8 tane ortak yönü vardır. Bilinçli-farkındalık anları;

1. Kavramsal değildir (nonconceptual): Bilinçli farkındalık düşünce aşamalarından geçmeden oluşan farkındalık halidir.

2. Şimdi odaklıdır (present- centered): Şimdiki an sürekli bilinçli-farkında olduğumuz andır. Yaşadıklarımız hakkındaki fikirlerimiz mevcut anın bir sonraki adımıdır.

3. Yargılayıcı değildir (nonjudgemental): Eğer yaşadıklarımızın farklı olmasını istiyorsak, farkındalığın serbest bir şekilde oluşması engellenilir.

4. Maksatlıdır (intentional): Bilinçli-farkındalık sürekli belirli bir tarafa çevrilmiş dikkati gerektirir. Dikkatini mevcut zamana yeniden yönlendirme, bilinçli farkındalığa belirli zaman içerisinde devamlılık kazandırır.

5. Katılımcı gözlemi gerektirir (participant observation): Bilinçli farkındalık, kişinin kendi bedeni ve ruhunu yakından gözlemlemesi, zihin ve bedeni daha yakından hissetmesi demektir.

6. Sözel değildir (nonverbal): Bilinçli-farkındalık deneyimi sözcükler yönünde değildir çünkü farkındalık kelimeler beyinde meydana gelmeden önce oluşur.

7. Keşfe dayalıdır (exploratory): Bilinçli-farkındalık sürekli algının daha ince seviyelerini keşfetmeye çalışır.

8. Özgürleştiricidir (liberating): Bilinçli farkındalığın tüm bölümleri bireyi koşullandırılmış kederlenmeyi dışlamayı amaçlar (87).

Bilinçli farkındalık temelli terapiler, farkındalık düzeyini yükselten çeşitli tekniklerin kullanıldığı terapi yöntemleridir (88). Farklı bilinçli farkındalık temelli müdahale programları bulunmaktadır.

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (BFTBT): Bilinçli farkındalık temelli terapilerde, bilişsel davranışçı terapiye benzer değişim mekanizmaları kullanılmaktadır. BFTBT uygulamalarında üst biliş, duygu düzenleme ve maruz bırakma gibi çok sayıda teknik ortak olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle farkındalık temelli terapiler, bilişsel davranışçı terapilerin üçüncü dalgası olarak nitelendirilmiştir (89). BFTBT programın temel mekanizmaları, zarar veren düşüncenin yeniden aktif hale gelmesi, ruminasyona (derin düşünceye) müdahale ve düşüncenin merkezinden uzaklaşma, yaklaşma ve kaçınma modlarının farkına varma ve yapma /olma modudur (90).

Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP): Bilinçli farkındalık müdahale programları içerisinde en yaygın kullanılan ve sonuçları en fazla bilinen programdır. BFSAP'ın kişisel, duygusal ve mental iyilik, sosyal aktivite seviyesi gibi kişinin yaşam kalitesini arttıran pek çok açıdan anlamlı düzeyde gelişmeye neden olduğu bilinmektedir. BFSAP uygulamasının psikolojik olarak uyumu arttırdığı, uzun süreli BFSAP uygulayan bireylerin günlük hayatta daha fazla bilinçli farkındalık seviyesine sahip oldukları görülmüştür. Aynı zamanda BFSAP uygulayan bireylerin öz anlayışı da kapsayan pek çok psikolojik uyum özelliklerinde de artış olduğu görülmüştür. Bilinçli farkındalığın öz düzenleme davranışlarının ve olumlu duygusal

hallerin bir yordayıcısı olduğu belirtilmiştir. BFSAP uygulaması sonucunda, katılımcıların bilinçli farkındalık ve öznel iyi oluş düzeylerinde artış, stres semptomlarında ise azalma olduğu görülmüştür (34, 36-40).

BFSAP 8 haftadan oluşmaktadır ve her haftanın farklı bir teması vardır. Her oturum 2.5 saat sürmektedir. Programın 6. Haftasında 6 saatlik bir sessizlik günü bulunmaktadır. Bu süreçte temalar ve egzersizler üzerinde durulur. Egzersizlerin grup içerisinde paylaşılması önemlidir (34). Grup içerisindeki paylaşımlar katılımcıların günlük hayatta stresli durumlar karşısında yüz yüze geldikleri zorluklar ve başarılar üzerine yoğunlaşmaktadır. Katılımcıların uygulamaları evde tekrar etmesi gerekmektedir. Ev tekrarları katılımcıların bilinçli farkındalığı hayata geçirmeyi kolaylaştırmaktadır (90).

2.7. Hemşirelik ve Bilinçli Farkındalık Yaklaşımı

Holistik hemşirelik yaklaşımında bireyi bütüncül olarak ele almak temel esastır bu yüzden hemşirelerin bütünsel müdahalenin bir parçası olarak bilinçli farkındalık girişimlerine katılmaları ve bakımda bu uygulamalara yer vermeleri gerekmektedir (91, 92). Farkındalık temelli uygulamalar hemşirelik alanında son yıllarda yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (91, 93). Hemşireliğin temel taşlarından biri olan karşındaki bireyi anlama ilkesini gerçekleştirmenin bir yolu şimdiki ana dikkatini vermeyi, yargılamaksızın kabul etmeyi, sabır ve şefkati gerektiren farkındalık temelli uygulamalardır (92). Bilinçli farkındalık hemşirelik mesleğini geliştiren bir kavramdır (91, 92). Hemşirelik uygulamalarında BFSAP kullanımı profesyonel meslek standartlarının gelişimiyle de alakalıdır. Farkındalığın etkin kullanımı otonominin profesyonel kullanımına, kendiliğin fark edilmesine, stresin azalmasına, etkin iletişim becerilerinin kullanımına ve sorumluluk duygusunun gelişmesine katkıda bulunur (94). Bilinçli farkındalık kavramı hemşirelik eğitiminde, pratiğinde ve araştırmalarında bütünsel yaklaşım için geliştirilmesi gereken bir kavramdır (91, 92).

Sağlığın korunması ve sürekliliğinin sağlanması hem sağlık personellerinin hem de kişinin kendi sorumluluğundadır. Bir toplumun sağlık seviyesi, sağlıklı bireylerin varlık durumu ile ölçülmektedir. Toplum sağlığı, sağlıklı aile, sağlıklı birey ile ilişkilidir ve bunlarda kadın sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Bu nedenle kadın sağlığı öncelikli olarak bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gereken bir konudur ve bu konuda hemşireliğin çok fazla rolü vardır (95, 96).

Kadın sağlığı hemşireliği, yaşam boyunca kadınların ortaya çıkan tüm sağlık problemlerinde, bütüncül bir yaklaşım sunarak, sağlık sorunlarının önlenmesi, sağlığın korunması ve yükseltilmesinde, eğitim, rehberlik/danışmanlık, kanıt temelli profesyonel bakım, araştırma ve bilimsel bilgi geliştirmede görev alan önemli bir uzmanlık düzeyidir (97). Bilinçli farkındalığın kadın sağlığı ve hastalıkları alanında kullanımına bakıldığında başlıca gebelik, gebelik öncesi ve sonrasında, emzirmede, menopoz döneminde, inkontinansa bağlı şikayetlerde, infertilitede ve seksüel problemler olmak üzere çok geniş bir yelpazede çalışıldığı görülmektedir (29-32, 44, 98-101).

Literatür incelendiğinde menopozal dönemde bilinçli farkındalık stres azaltma programının menopozal semptomları azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (37, 44, 102). Ancak ülkemizde menopozal semptomlara yönelik bilinçli farkındalık stres azaltma programının etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

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

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Elazığ şehir merkezinde faaliyet gösteren 56 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) arasında fiziksel alt yapı yeterliliğine ve benzer sosyokültürel özelliklere sahip olma durumuna göre belirlenen Kültür 1 ve Kültür 2 Nolu ASM'lerde yürütülmüştür. Araştırma 29.03.2019- 20.01.2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Elazığ İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kültür 1 ve Kültür 2 Nolu ASM'lere kayıtlı 45-70 yaş aralığındaki 2626 postmenopozal dönemde olan kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme, yapılan güç analizine göre çift yönlü önem düzeyinde 0.6 etki büyüklüğünde, %5 yanılma düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında, evreni %95 temsil gücüyle 60 deney ve 60 kontrol grubu olmak üzere toplam 120 postmenopozal dönemde olan kadın oluşturmuştur. Ancak kayıp olabileceği düşünülerek 80 deney, 80 kontrol grubu olmak üzere toplam 160 postmenopozal kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın deney grubunu Kültür 1 Nolu ASM, kontrol grubunu ise Kültür 2 Nolu ASM'ye başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada ASM'lerden liste alınmadığı için ASM'ye başvuran kadınlardan araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar dahil edilmiştir. Araştırmada gelişigüzel örnekleme metodu kullanılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Okuma yazma biliyor olma,
- Son bir yıldır adet görmemiş olmak,
- Tanı almış herhangi bir psikiyatrik hastalık olmama ya da ilaç kullanmama,
- Hormon replasman tedavisi kullanmama veya kullanmamış olmadır.

Araştırmanın dışlanma kriterleri;

- Cerrahi yöntemlerle menopoza girmiş olma,
- En az iki grup programına katılmamış olma.

Araştırmada 24 kadın ikiden fazla grup programına katılmadığı ve 1 kadın hayatını kaybettiği için deney grubuna dahil edilmemiştir. Araştırmada toplam 55 kadın deney grubunu oluşturmuştur.

Araştırmada 17 kadına ara test ve son test uygulamasında ulaşamadığı için kontrol grubuna dahil edilmemiştir. Araştırmanın kontrol grubunu 63 kadın oluşturmuştur (Şekil 3.1).

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler Kişisel Bilgi Formu (EK- 6), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (EK-7), Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (EK-8) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK-9) ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK- 6)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış, sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, boy, kilo, menopoz süresi) kronik hastalık varlığı, düzenli kullanılan ilaç varlığı ve egzersiz yapma durumunu içeren toplam 10 soruluk bir formdur.

3.4.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (EK-7)

Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini 2011 yılında Özyeşil ve arkadaşlarının yaptığı BİFÖ, günlük yaşamdaki mevcut süreçlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma durumundaki genel seviyeyi ölçmektedir. Ölçek 15 maddeden oluşan altılı likert tipte bir ölçektir. Ölçek hemen hemen her zaman (1), çoğu zaman (2), bazen (3), nadiren(4), oldukça seyrek (5), hemen hemen hiçbir zaman (6) olmak üzere 6'lı likert tiptedir. BİFÖ tek faktörlüdür ve ölçekten tek bir toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan en düşük 15 en yüksek 90'dır. Ölçekten alınan puan yükselmesi bireyin bilinçli farkındalık seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirliği için hesaplanan Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.80'dir (87). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (EK-8)

Ölçek menopozal semptomların şiddetini belirlemek için Heinmann ve arkadaşları tarafından 1992 de geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2005 yılında Gürkan tarafından yapılmıştır. MSDÖ menopozal dönemde yaşanan yakınmaları değerlendiren toplam 11 maddelik bir ölçektir. Her bir madde için; 0 hiç yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli ve 4: çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Beşli likert tipte olan ölçeğin üç alt boyutu vardır. Ölçeğin alt boyutları; somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutlarıdır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanların toplanmasıyla MSDÖ toplam puanı hesaplanır. MSDÖ' den toplam 0-44 arasında puan alınabilmektedir. Her bir maddenin puanının yüksek olması şikâyetteki artmayı, ölçek toplam puanının yükselmesi ise menopozal şikayetlerin arttığını göstermektedir. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (4). Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır.

3.4.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK-9)

Ölçek Hilditch ve arkadaşları tarafından 1996 yılında menopoza özel yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Kharbouch ve Şahin tarafından 2005 yılında Türk toplumuna uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır. Ölçek 29 sorudan oluşan 7'li likert tipte bir ölçektir.

MÖYKÖ'de her alt alan puanı 0'dan 6'ya doğru puanlandırılmıştır. "0" puan o konuyla ilgili hiçbir sorun olmadığını. "1" puan ise o sorunun var olduğunu ancak bu sorunun hiç rahatsız edici olmadığını, 2-6 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan düzeylerini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 174'tür. Ölçek vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Puan arttıkça yakınmanın şiddeti artmakta, yaşam kalitesi azalmaktadır.

- Vazomotor alan (1-3. sorular); sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığı ve şiddetini değerlendirmektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek puan 0-18 arasında değişmektedir.
- Psikosoyal alan (4-10. sorular); hayatından memnun olmama, endişeli ve gergin hissetme, hafızada zayıflama, kendini eskisinden daha az başarılı

hissetme, depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme, diğer insanlara tahammülsüzlük, yalnız kalma isteği gibi sorularla bireysel psikolojik iyilik algısını ölçmektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 42'dir.

- Fiziksel alan (11-26. sorular); gaz çıkarma ya da gaz ağrıları, kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış hissetme, uyuma güçlüğü, baş ve boyun arkasında ağrılar, fiziksel güçte azalma, dayanma gücünde azalma, enerjide azalma hissi, ciltte kuruluk, kilo alma, yüz tüylerinde artma, cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik, şişkinlik, bel ağrısı, sık idrara çıkma, öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma gibi genel semptomları değerlendirmektedir. Fiziksel alan alt boyutundan alınabilecek puan 0 ile 96 arasında değişiklik göstermektedir.
- Cinsel alan ise (27-29. sorular); cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtileri değerlendirmektedir. MÖYKÖ cinsel alan alt boyutundan alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan ise 18'dir.

Kharbouch ve Şahin ölçeğin Cronbach alfa katsayısını vazomotor alan için 0.82, psikososyal alan için 0.81, fiziksel alan için 0.87 ve cinsel alan için 0.89 olarak hesaplanmıştır (5, 103). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı vazomotor alan için 0.92, psikososyal alan için 0.81, fiziksel alan için 0.80, cinsel alan için 0.82 bulunup MÖYKÖ toplam Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler 03.07.2019-29-11.2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmada veriler haftanın Pazartesi, Salı ve Çarşamba günleri Kültür 1 No'lu ASM'de, Perşembe ve Cuma günleri Kültür 2 Nolu ASM'de toplanmıştır. Araştırmada ön testte kişisel bilgi formu, BİFÖ, MSDÖ ve MÖYKÖ; ara ve son test olarak ise BİFÖ, MSDÖ ve MÖYKÖ formları uygulanmıştır.

Araştırmada ön test verileri ASM'de benzer şekilde ara test verileri de ön testten 8 hafta sonra ASM'de, ASM'ye gelemeyen kadınlar için ev ziyareti ile kadınların kendi evlerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmada son test verileri ön

test verilerinden 16 hafta sonra ASM’de, ASM’ye gelemeyen kadınlar için ev ziyareti yapılarak kadınların kendi evlerinde toplanmıştır.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Araştırmacı BFSAP’ye yönelik eğitim programına katılıp sertifika almıştır (EK-10). Bilinçli farkındalık stres azaltma programı sekiz hafta süren her bir oturum 2- 2.5 saat alan ve içerisinde 6 saatlik sessizlik günü bulunduran bir programdır.

Deney grubuna bilinçli farkındalık stres azaltma programının uygulanması için araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve örnekleme alınan 80 kadın gelişigüzel olarak dört gruba bölünmüş ve 20 kişilik gruplar oluşturulmuştur. Kadınların uygun oldukları zaman dilimleri dikkate alınarak BFSAP gün ve saati belirlenmiştir. Program uygulanmadan önce kadınların unutmaya ihtimaline karşın telefonla aranıp eğitim saati hatırlatılmış ve programa davet edilmiştir. Deney grubunu oluşturan kadınlara haftada bir kez 150 dakikalık, 8 hafta süren, toplamda 8 defadan oluşan BFSAP uygulanmıştır. Daha sonra kadınlara ara test uygulanmıştır. Ara testten sonra kadınların 8 hafta boyunca (8-16. Haftalar arasında) BFSAP uygulamalarını kendi evlerinde bireysel olarak tekrar etmesi istenmiştir. Ayrıca BFSAP araştırmacı tarafından deney grubundaki kadınlara uygulandıktan sonra, deney grubundaki kadınların ev uygulamalarına rehber oluşturması açısından araştırmacı tarafından hazırlanan “Menopozal Yakınmaları İçin Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (MYBFSAP)” kitapçık kadınlara verilmiştir. Aynı zamanda kadınların kendi evlerinde bireysel uygulamaları yaptıkları dönemde araştırmacı tarafından motivasyonel telefon görüşmeleri yapılmış ve programa ilişkin danışmanlık verilmiştir. Bu görüşmelerde bilinçli farkındalık stres azaltma programını evde uygulayamayan kadınların tespiti sağlanmış, uygulamaları yapamayan kadınlar araştırmacı tarafından ASM’ye davet edilip, araştırmacıyla birlikte ASM’de uygulamaların tekrarı sağlanmıştır.

Araştırmanın uygulaması sırasında kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Çalışmanın sonunda eşitlik ilkesi gereğince kontrol grubundaki kadınlara MYBFSAP eğitim kitapçığı verilmiştir.

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı:

1. Hafta

- Tanışma,
- Menopozal dönemde yaşanan yakınmalar ve bu yakınmalara yönelik bilgi paylaşımı
- Bilinçli farkındalık stres azaltma programının tanıtımı,
- Bireylerin tecrübelerinin ve beklentilerinin paylaşılması
- Nefes odaklı meditasyon uygulanması
- Kuru üzüm meditasyonunun uygulanması
- Günlük aktivitelerde farkındalık sağlanması
- Vücut tarama egzersizinin öğretilmesi ve verilen ses kayıtlarıyla bu uygulamanın hafta içerisinde tekrar edilmesi.

2. Hafta

- Önceki hafta yaşanan deneyimlerin paylaşılması
- BFSAP deneyimlerin paylaşılmasının öneminden bahsedilmemesi
- İletişimin temelleri, ben dili çalışmasının uygulanması
- İletişim kazalarını önleme ve bunun için yapılması gerekenler hakkında bilgilendirme
- Vücut taramasının yapılması
- 10-15 dakika nefes odaklı oturma meditasyonu uygulanması
- Çevre farkındalığının sağlanması
- Günlük yapılan aktivitelerin farkındalıkla yapılmasının sağlanması (yemek yeme, diş fırçalama, duş alma)

3. Hafta

- Önceki hafta yaşanan deneyimlerin paylaşılması
- Yoga uygulaması (yoga pozisyonları gösterildi)
- 10-15 dakika nefes odaklı oturma meditasyonunun uygulanması

- Vücut taramasının yapılması
- Hafta içerisinde bir gün vücut taraması diğer gün yoga uygulamasının yapılmasının sağlanması
- Hafta içerisinde yaşanan anların farkında olunarak yaşanılmasının sağlanması

4. Hafta

- Önceki hafta yaşanan deneyimlerin paylaşılması
- 20 dakika oturarak nefes odaklı oturma meditasyonunun yapılması
- Stres tanımının paylaşılması
- Stresin vücuda etkisi hakkında bilgi verme
- Strese karşı oluşan reaksiyonların fark edilmesi ve reaksiyonların değiştirilmeden fark edilmesinin sağlanması
- Stresle başa çıkmanın sağlanması

5. Hafta

- Önceki hafta yaşanan deneyimlerin paylaşılması
- Dağ meditasyonunun yaptırılması
- Vücut taramasının yaptırılması
- Yoga uygulaması
- Stres ve yaşanan olaylar arasındaki ilişkinin anlatılması
- Şefkat ve öz şefkati tanılama, kişinin kendine öz şefkatinin öneminden bahsedilmesi.

6. Hafta (Sessizlik günü)

- 10-15 dakika nefes odaklı oturma meditasyonunun yapılması
- Kuru üzüm egzersizinin uygulanması
- Vücut taramasının yapılması
- Yoga uygulaması
- Çevre farkındalığının sağlanması

- Kişilere stres ve tepkileri arasında ilişkiyi düşünmeleri ve yargılamadan kabullenmelerinin önemini anlatılması ve sessizlik günü sonunda yaşanan deneyimlerin paylaşılması

7. Hafta

- Önceki hafta yaşanan deneyimlerin paylaşılması
- Oturma meditasyonunun yaptırılması
- Vücut taramasının yapılması
- Yoga uygulaması
- İletişim egzersizleri, iletişim şeklinin farkındalığının sağlanması
- Şefkat ve öz şefkat paylaşımının sağlanması

8. Hafta

- Önceki hafta yaşanan deneyimlerin paylaşılması
- Oturma meditasyonunun yaptırılması
- Vücut taramasının yapılması
- Egzersizleri devam ettirmeye yönelik davranışların belirlenmesi
- Devam etmeye yönelik destek olunabilecek yöntemlerin tespitinin sağlanması.

3.6.1. Girişim Materyali

Araştırmada girişim materyali olarak araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan MYBFSAP eğitim kitapçığı kullanılmıştır (Ek 10) (6-8, 34, 36, 90). Kitapçık içerisinde menopozal dönemde yaşanan yakınmaların nedenleri, bilinçli farkındalık stres azaltma programının içeriği ve kadınların yapacakları egzersizlerle ilgili bilgiler bulunmaktadır (6-8, 34, 36, 90). Eğitim kitapçığı için doğum ve kadın sağlığı hemşireliğinden üç ve psikiyatri hemşireliğinden iki olmak üzere toplam alanında uzman beş öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini BİFÖ, MSDÖ ve MÖYKO ölçeklerinden alınan puan ortalamaları oluşturmuştur.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkeni bilinçli farkındalık stres azaltma programı uygulamasıdır.

Kontrol değişkenleri: Kadınların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, BKİ ve menopoz süresi araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmuştur.

Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney Grubu (S=55)		Kontrol Grubu (S=63)		İstatistiksel Test ve Önemlilik
	X±SS		X±SS		
Yaş	56.21±5.4		56.07±8.89		t=0.101 p=0.92
BKİ	30.67±4.2		29.95±3.68		t=0.991 p=0.32
Menopoz Süresi Yıl	7.27±5.45		7.55±5.96		t=-0.267 p=0.79
	S	%	S	%	
Medeni Durum					
Evli	34	61.8	36	57.1	X ² =0.266
Bekar	21	38.2	27	42.9	p=0.606
Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar ve ilköğretim	46	83.6	47	74.6	X ² =0.642
Ortaokul ve üzeri	9	16.4	16	25.4	p=0.423
Çalışma Durumu					
Çalışıyor/emekli	7	12.7	12	19	X ² =0.073
Çalışmıyor	48	87.3	51	81	p=0.787
Gelir Düzeyi					
Gelir Giderden Az	9	16.4	10	15.9	X ² =0.005
Gelir Gidere Denk veya Fazla	46	83.6	53	84.1	p=0.942

Tablo 3.1’de deney ve kontrol grubundaki kadınların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması gösterilmektedir. Araştırmada kadınların yaş, BKİ, menopoz süresi, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi açısından karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunun benzer olduğu görülmektedir (p>0.05).

3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 22.0 (Statistical Packet for the Social Science) programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde;

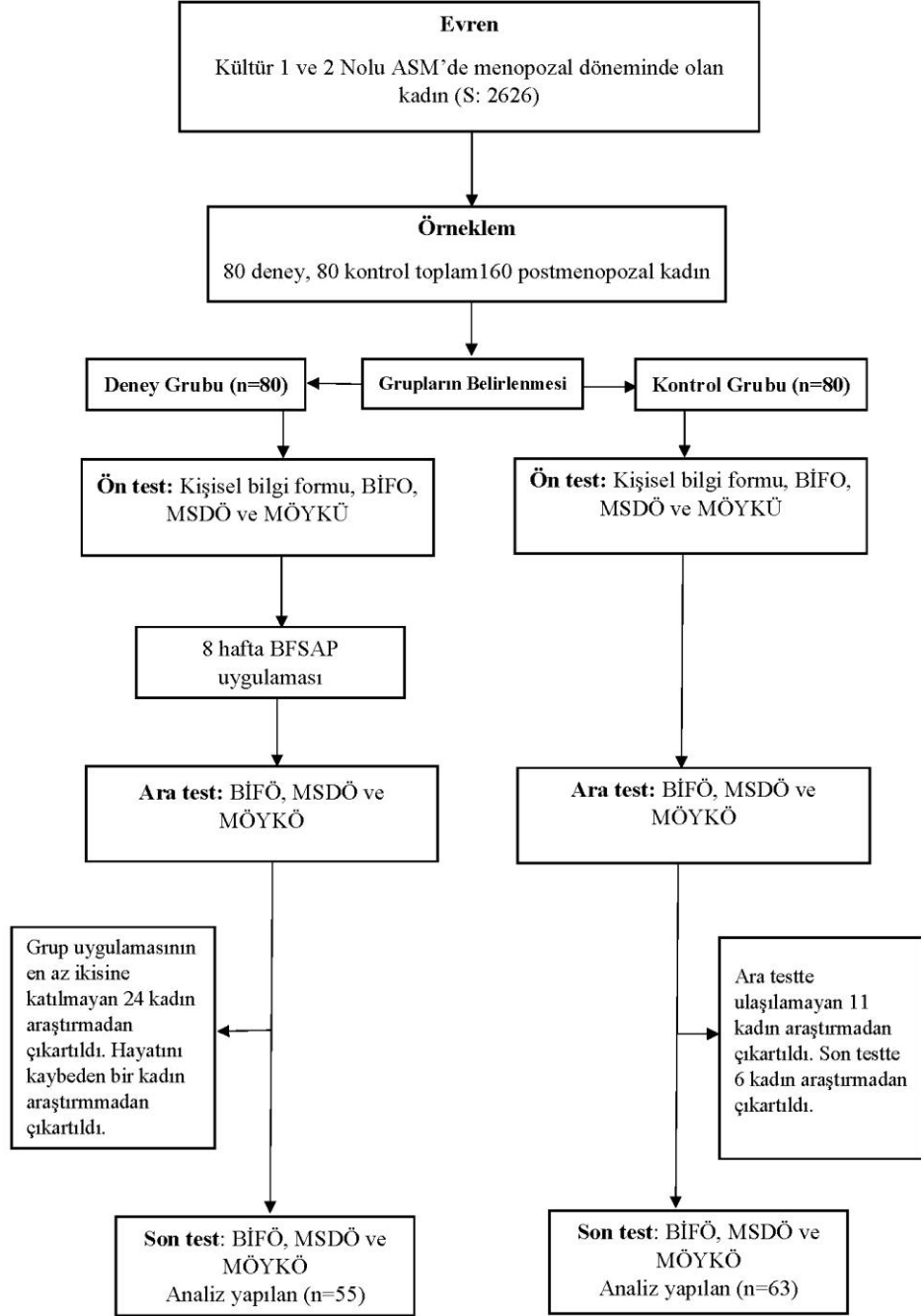
- Kadınların tanıtıcı özelliklerini değerlendirmek amacıyla yüzdellik, aritmetik ortalama ve standart sapma,
- Kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması için Ki Kare ve bağımsız gruplarda t testi,
- Deney ve kontrol grubu ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi,
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların kendi içinde ön test, ara test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması için Mauchly testi,
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ cinsel alan ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması için Man Whitney U testi,
- Gruplar arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni testi,
- BİFÖ, MSDÖ VE MÖYKÖ güvenilirlik testi için Cronbach's Alpha kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Etik No: 2019/8-22) (Ek 5) ve Elazığ Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler (Ek 6) alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü ve yazılı olarak "Bilgilendirilmiş Onam formu" alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın yarı deneysel planda yapılması ve evrene genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması

4. BULGULAR

Menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan BFSAP'ın menopozal yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney Grubu (S=55)		Kontrol Grubu (S=63)	
	X±SS		X±SS	
Yaş*	56.21±5.4		56.07±8.89	
BKİ	30.67±4.2		29.95±3.68	
Menopoz Süresi(Yıl)**	7.27±5.45		7.55±5.96	
	S	%	S	%
Medeni Durum				
Evli	34	61.8	36	57.1
Bekar	21	38.2	27	42.9
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar ve ilköğretim	46	83.6	47	74.6
Ortaokul ve üzeri	9	16.4	16	25.4
Çalışma Durumu				
Çalışıyor/emekli	7	12.7	12	19
Çalışmıyor	48	87.3	51	81
Gelir Durumu				
Gelir Giderden Az	9	16.4	10	15.9
Gelir Gidere Denk veya fazla	46	83.6	53	84.1

*ortalama yaş: 56.14±7.44 (min:45, max:70)

**ortalama menopoz yaşı: 48.27±5.42 (min: 40, max: 58)

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tablo 4.1.' de gösterilmiştir. Araştırmada deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 56.51±5.5, kontrol grubundaki kadınların ise 56.07±8.89

olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların BKİ ortalaması $30.67 \pm 4.2 \text{ kg/m}^2$ iken kontrol grubundaki kadınların $29.95 \pm 3.68 \text{ kg/m}^2$ dir. Deney grubundaki kadınların ortalama menopoz süresinin 7.27 ± 5.45 yıl, kontrol grubundaki kadınların ise 7.55 ± 5.96 yıl olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan deney grubunda yer alanların % 61.8'inin, kontrol grubunda yer alanların ise %57.1'inin evli olduğu belirlenmiştir. Araştırmada deney grubundaki kadınların %83.6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %74.6'sının okuryazar veya ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki kadınların %87.3'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %81'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Ayrıca deney grubundaki kadınların %83.6'sı gelirinin gidere denk veya fazla olduğunu belirtirken, kontrol grubunun %84.1'inin ünün gelirinin giderine denk veya fazla olduğunu belirtmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test BİFÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

BİFÖ	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Test ve	
	(S=55)	(S=63)	Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
BİFÖ	58.52±11.84	57.24±14.01	0.342	0.741

Tablo 4.2'de deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test BİFÖ puan ortalamasının karşılaştırılması verilmiştir. Deney grubundaki kadınların BİFÖ puan ortalamasının 58.52 ± 11.84 , kontrol grubundaki kadınların BİFÖ puan ortalamasının ise 57.24 ± 14.01 olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu BİFÖ puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MSDÖ	Deney Grubu (S=55) X±SS	Kontrol Grubu (S=63) X±SS	İstatistiksel Test ve Önemlilik	
			t	p
Somatik Şikayetler	9.29±3.86	7.91±3.69	1.700	0.093
Psikolojik Şikayetler	10.56±3.65	9.24±4.25	1.590	0.115
Ürogenital Şikayetler	7.80±3.40	7.02±3.09	0.983	0.328
MSDÖ Toplam	27.65±8.34	24.18±10.11	1.792	0.076

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.3'te sunulmuştur. MSDÖ somatik şikayetler alt boyut puan ortalaması deney grubundaki kadınlar için 9.29±3.86 bulunurken kontrol grubundaki kadınlarda 7.91±3.69 bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların MSDÖ psikolojik şikayetler alt boyut puan ortalaması 10.56±3.65, kontrol grubundaki kadınların ise 9.24±4.25 olduğu görülmüştür. Araştırmanın ön testinde MSDÖ ürogenital şikayetler alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 7.80±3.40 olduğu kontrol grubunda ise 7.02±3.09 olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmanın deney grubundaki kadınların MSDÖ ön test toplam puan ortalamasının 27.65±8.34, kontrol grubundaki kadınların ise MSDÖ ön test puan ortalamasının 24.18±10.11 olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada MSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MÖYKÖ	Deney Grubu (S=55) X±SS	Kontrol Grubu (S=63) X±SS	İstatistiksel Test ve Önemlilik	
			t	p
Vazomotor Alan	13.50±5.61	13.35±5.57	0.132	0.895
Psikososyal Alan	25.38±11.96	23.08±10.13	0.960	0.340
Fiziksel Alan	58.70±18.42	53.04±21.19	0.852	0.396
Cinsel Alan [#]	15.79±4.26	14.11±5.71	4431.5	0.259
MÖYKÖ Toplam	112.96±30.46	105.35±34.60	1.112	0.269

[#]Sadece evli kadınlar değerlendirilmiştir. Mann Whitney U test'i kullanılmıştır.

Tablo 4.4'te deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test MÖYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Araştırmanın MÖYKÖ vazomotor alan puan ortalaması deney grubundaki kadınlar için 13.50 ± 5.61 , kontrol grubu kadınların için 13.35 ± 5.57 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın ön test psikososyal alan alt boyut puan ortalaması deney grubunda 25.38 ± 11.96 , kontrol grubunda 23.08 ± 10.13 olduğu görülmüştür. MÖYKÖ alt boyutlarından olan fiziksel alan puan ortalaması deney grubunu oluşturan kadınlarda 58.70 ± 18.42 , kontrol grubunu oluşturan kadınlarda 53.04 ± 21.19 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada MÖYKÖ cinsel alan alt boyut puan ortalaması deney grubundaki kadınlar için 15.23 ± 4.85 , kontrol grubundaki kadınlar için ise 13.09 ± 6.49 olduğu belirlenmiştir. Deney grubunu oluşturan kadınlarda MÖYKÖ toplam puan ortalaması 112.96 ± 30.46 iken kontrol grubunu oluşturan kadınların MÖYKÖ toplam puan ortalamasının 105.35 ± 34.60 olduğu saptanmıştır. Araştırmada ön test MÖYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ara Test BİFÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

BİFÖ	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Test ve	
	(S=55) X±SS	(S=63) X±SS	t	p
BİFÖ Toplam	65.76 ± 9.57	57.02 ± 14.23	3.523	0.000

Deney ve kontrol grubundaki kadınların BİFÖ toplam ara test puan ortalamasının karşılaştırılması tablo 4.5'te gösterilmiştir. BİFÖ puan ortalamalarında deney grubunun puan ortalaması (65.76 ± 9.57), kontrol grubunun puan ortalamasına (59.34 ± 13.71) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bulgumuz kadınlara uygulanan BFSAP'nın, kadınların bilinçli farkındalık seviyelerini yükselttiğini göstermektedir.

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ara Test MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MSDÖ	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Test ve Önemlilik	
	(S=55) X±SS	(S=69) X±SS	t	p
Somatik Şikayetler	6.94±2.79	8.08±3.94	-1.616	0.110
Psikolojik Şikayetler	6.76±2.50	9.21±4.24	-3.485	0.000
Ürogenital Şikayetler	5.83±3.08	6.94±4.21	-1.458	0.148
MSDÖ Toplam Puan	19.54±6.19	24.24±10.51	-2.694	0.008

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.6'da verilmiştir. Araştırmada MSDÖ psikolojik şikayetler alt boyutu puan ortalaması ve MSDÖ toplam puan ortalamalarının deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık gösterdiği ($p<0.05$), ancak MSDÖ somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırma bulgusu, kadınlara uygulanan BFSAP'ın kadınlarda psikolojik şikayetleri azalttığını göstermektedir.

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ara Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MÖYKÖ	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Test ve Önemlilik	
	(S=55) X±SS	(S=63) X±SS	t	p
Vazomotor Alan	10.20±4.54	13.67±5.53	-3.292	0.000
Psikososyal Alan	16.96±7.15	23.40±10.14	-3.572	0.000
Fiziksel Alan	49.96±15.49	55.37±20.91	-1.426	0.157
Cinsel Alan [#]	11.94±4.65	14.13±5.56	435.0	0.034
MÖYKÖ Toplam	88.76±23.24	106.16±35.81	-2.828	0.006

[#]Sadece evli kadınlar değerlendirilmiştir. Mann Whitney U test'i kullanılmıştır..

Deney ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ ara test puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.7'de gösterilmiştir. Araştırmada deney grubundaki kadınların MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve cinsel alan ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında MÖYKÖ fiziksel alan puan ortalaması arasında önemli farklılık

olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırma sonucu uygulanan BFSAP'ın kadınların vazomotor, psikosoyal ve cinsel alan yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir .

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test BİFÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

BİFÖ	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Test ve	
	(S=55) X±SS	(S=63) X±SS	t	Önemlilik p
BİFÖ	63.81±10.76	57.08±14.68	2.539	0.013

Tablo 4.8'de deney ve kontrol grubundaki kadınların BİFÖ son test puan ortalamasının karşılaştırılması sunulmuştur. Deney grubundaki kadınların BİFÖ puan ortalaması (63.81±10.76) kontrol grubundaki kadınların (57.08±14.68) puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MSDÖ	Deney Grubu	Kontrol	İstatistiksel Test ve	
	(S=55) X±SS	Grubu (S=63) X±SS	t	Önemlilik p
Somatik Şikayetler	7.23±2.85	8.51±4.31	-1.709	0.091
Psikolojik Şikayetler	6.87±2.69	9.56±4.38	-3.653	0.000
Ürogenital Şikayetler	6.12±3.12	7.00±4.31	-1.171	0.245
MSDÖ Toplam Puan	20.23±6.68	25.08±10.51	-2.704	0.008

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.9' da gösterilmiştir. Kadınların MSDÖ somatik şikayetler alt boyut puan ortalaması deney grubunda 7.23±2.85, kontrol grubunda ise 8.51±4.31 olarak belirlenmiştir ($p>0.05$). Araştırmada deney grubundaki kadınların MSDÖ psikolojik şikayetler alt boyut puan ortalaması 6.87±2.69 olarak bulunurken kontrol grubundaki kadınlarda 9.56±4.38 bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmada MSDÖ ürogenital şikayetler alt boyut puan ortalamasının deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). MSDÖ toplam puanının deney grubundaki kadınlarda (20.23±6.68) kontrol grubundaki kadınlara göre (25.08±10.51) daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$). MSDÖ psikolojik şikayetler ve toplam puan ortalamasının deney grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre daha

düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) ancak MSDÖ somatik ve ürogenital şikayetler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MÖYKÖ	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Test ve	
	(S=55) X±SS	(S=63) X±SS	t	Önemlilik p
Vazomotor Alan	10.70±4.71	13.08±5.45	-2.221	0.029
Psikososyal Alan	17.98±8.21	23.67±9.84	-3.009	0.003
Fiziksel Alan	50.14±14.87	60.08±23.30	-2.498	0.014
Cinsel Alan [#]	12.44±4.78	14.08±5.59	450.5	0.052
MÖYKÖ Toplam Puan	90.80±25.61	110.45±35.06	-3.107	0.003

[#]Sadece evli kadınlar değerlendirilmiştir. Mann Whitney U test'i kullanılmıştır.

Tablo 4.10'da deney ve kontrol grubundaki kadınların son test MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmada MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve MÖYKÖ toplam puan ortalamalarının deney grubunda kontrol grubunda göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), cinsel alan puan ortalamasının ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırmada deney grubunun MÖYKÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu deney grubunun vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.11. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların BİFÖ Toplam Ön Test-Ara Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

BİFÖ	Ön Test	Ara Test	Son Test	İstatistiksel Test ve Önemlilik
	X±SS	X±SS	X±SS	
Deney Grubu BİFÖ Puanı	58.52±11.84	65.76±9.57	63.81±10.76	F=1028.177 p=0.000*
Kontrol Grubu BİFÖ Puanı	57.24±14.01	57.02±14.23	57.08±14.68	F=0.408 p=0.668*

*Pillai's trace

Deney grubundaki kadınların ön test, ara test ve son test BİFÖ puan ortalamaları tablo 4.11’de verilmiştir. Deney grubundaki kadınların BİFÖ ön test puan ortalamasının 58.18 ± 12.13 , ara test puan ortalamasının 65.76 ± 9.57 ve son testten aldıkları puan ortalamasının 63.81 ± 10.76 olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların ön test, ara test ve son testten aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p < 0.05$) ancak kontrol grubundaki kadınların ön test, ara test ve son testten aldıkları puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Araştırmada istatistiksel farklılığı belirlemek için uygulanan Bonferroni testine göre farklılığın ön test ile ara test ve son test arasından ayrıca ara test ile son test arasından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 4.12. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların MSDÖ Ön Test-Ara Test -Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MSDÖ	Ön Test X±SS	Ara Test X±SS	Son Test X±SS	İstatistiksel Test ve Önemlilik
Deney grubu				
Somatik Şikayetler	9.29±3.86	6.94±2.79	7.23±2.85	F=42.847 p=0.000*
Psikolojik Şikayetler	10.56±3.65	6.76±2.5	6.87±2.69	F=66.400 p=0.000*
Ürogenital Şikayetler	7.80±3.40	5.83±3.08	6.12±3.12	F=28.190 p=0.000*
MSDÖ Toplam Puan	27.65±8.34	19.54±6.19	20.23±6.68	F=76.349 p=0.000*
Kontrol Grubu				
Somatik Şikayetler	7.91±3.69	8.08±3.94	8.51±4.31	F=2.561 p=0.092*
Psikolojik Şikayetler	9.24±4.25	9.21±4.24	9.56±4.38	F=1.547 p=0.227*
Ürogenital Şikayetler	7.02±4.09	6.94±4.21	7.00±4.01	F=0.255 p=0.776*
MSDÖ Toplam Puan	24.18±10.11	24.24±10.51	25.08±10.51	F=2.137 p=0.133*

*Pillai's trace

Tablo 4.12’de deney grubundaki kadınların ön test, ara test ve son test MSDÖ alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmada deney grubundaki kadınların MSDÖ ön test, ara test ve son test puanları arasında farkın tüm alt boyutlar ve ölçek toplam puan için istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni testinde anlamlılığın somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutlarında ön test, ara test ve ön test son test arasında olduğu ve MSDÖ toplam puanında ki farklılığın ise ön test, ara test ve ön test son test arasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların MSDÖ alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları için ön test, ara test ve son test arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde deney grubundaki kadınlara uygulanan BFSAP'ın MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarını düşürdüğü görülmektedir.

Tablo 4.13. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların MÖYKÖ Ön Test-Ara Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MÖYKÖ	Ön Test	Ara Test	Son Test	İstatistiksel Test ve Önemlilik
Deney grubu				
Vazomotor Alan	13.5±5.61	10.2±4.54	10.7±4.71	F=67.557 p=0.000*
Psikososyal Alan	25.38±11.96	16.96±7.15	17.98±8.21	F=30.189 p=0.000*
Fiziksel Alan	58.7±18.42	49.96±15.49	50.14±14.87	F=16.502 p=0.000*
Cinsel Alan [#]	15.36±4.85	11.29±4.75	11.56±5.16	F=31.071 p=0.000*
MÖYKÖ Toplam Puan	112.96±30.46	88.76±23.24	90.80±25.61	F=64.759 p=0.000*
Kontrol grubu				
Vazomotor Alan	13.35±5.57	13.67±5.53	13.08±5.45	F=1.448 p=0.249*
Psikososyal Alan	23.08±10.13	23.40±10.14	23.67±9.84	F=4.571 p=0.017*
Fiziksel Alan	55.16±21.19	55.37±20.91	60.08±23.30	F=2.169 p=0.129*
Cinsel Alan [#]	13.09±6.49	13.03±6.42	13.07±6.37	F=0.321 p=0.728*
MÖYKÖ Toplam Puan	105.35±34.60	106.16±35.81	110.45±35.06	F=1.831 p=0.175*

*Pillai's trace.

#sadece evli kadınlar değerlendirilmiştir.

Kadınların ön test, ara test ve son test MÖYKÖ puan ortalamaları tablo 4.13'te verilmiştir. Araştırmada deney grubundaki kadınların ön test, ara test ve son testten aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın tüm alt boyutlar ve ölçek toplam için istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo incelendiğinde deney grubundaki kadınlara uygulanan BFSAP'ın kadınların MÖYKÖ alt boyut ve toplam puanında düşüşe neden olduğu görülmektedir. MÖYKÖ'den alınan puan arttıkça yaşanan şikayetlerde artmaktadır. Bu durum bize BFSAP'ın kadınların yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testinde MÖYKÖ alt boyutu vazomotor alanın farklılığının ön test ile ara test ve son test arasında, ara test ile son test arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca psikososyal alan, fiziksel alan, cinsel alan ve MÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın ön test ile ara test, ön test ile son test arasında olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların ön test, ara test ve son testten aldıkları puanlar arasındaki farkın MÖYKÖ psikososyal alan alt boyutu açısından istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), vazomotor, fiziksel ve cinsel alan alt boyutları ve MÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı saptanmıştır ($p> 0.05$).

Kontrol grubunda MÖYKÖ alt boyutu psikososyal alanda saptanan farklılığın sebebini belirlemek için yapılan Bonferroni testinde, farklılığın ön test ile ara test ve ön test ile son test arasından kaynaklandığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Hemşireler menopozal dönemde kadınların karşılaştıkları sorunları gidermede bütüncül bir yaklaşım sunarak kanıt temelli çalışmaların sonuçlarından yararlanmalıdır (46, 97). Araştırmada, postmenopozal dönemde olan kadınların yaşadıkları menopozal semptomların giderilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için alternatif yöntemlerden olan BFSAP'nın menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

Araştırmada kadınların sosyo-demografik özelliklerinin birbirine benzer olduğu ve deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durumun deney ve kontrol grubu arasında homojenliğin sağlanması açısından önemli olduğunu göstermektedir (tablo 4.1).

Araştırmamızda menopozal dönemdeki kadınların bilinçli farkındalık seviyesini belirlemek için kullanılan BİFÖ, menopozal semptomları değerlendirmek için kullanılan MSDÖ kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla kullanılan MÖYKÖ ve ölçek toplam ve alt boyut ön test puan ortalamaları puanı deney ve kontrol grubu arasında benzerlik bulunmuştur ($p>0.05$, tablo 4.2, 4.3, 4.4). Bu sonuç, grupların homojen olduğunu göstermektedir.

Kadınların bilinçli farkındalık seviyesini ölçmek için BİFÖ kullanılmıştır. Araştırmada deney grubuna uygulanan ön testten sonraki ara test ve son testte kadınların BİFÖ puanlarında artış olduğu ancak son testte ara teste göre puanın daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$, tablo 4.2, tablo 4.5, tablo 4.8). Bu sonuç uygulanan BFSAP'nın kadınların farkındalık seviyelerini yükselttiğini göstermektedir. Ancak girişim kesildikten 8 hafta sonra uygulanan son testte, ara teste göre kadınların BİFÖ puanında düşüş olduğu görülmüştür. Bunun girişimin kesilmesinden kaynaklı olarak kadınlarda oluşan motivasyon kaybıyla ilişkili olduğu da düşünülmektedir. Literatürde BFSAP uygulanan bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerinde artış olduğu belirtilmektedir (34, 80, 87). Çalışma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada kadınlara uygulanan BFSAP'ın MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarını düşürdüğü görülmektedir. Bu durum BFSAP'ın menopozal semptomları azalttığını göstermektedir. Ancak MSDÖ alt boyutları somatik ve ürogenital şikayetler arasında hem ara test hem de son testte anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$,

tablo 4.7, tablo 4.9). Bu sonuç araştırmamızın H1 hipotezi olan '**Bilinçli farkındalık stres azaltma programı menopozal yakınmaları azaltır**' hipotezini kısmen doğrulamıştır. Bilinçli farkındalık seviyesinde meydana gelen artış sevgi, şefkat ve affedicilik duygularını geliştirerek bireyin öz-anlayış düzeyinin de artmasını sağlar bu şekilde kişi olumsuz duygu durumlarından daha az etkilenir (104). Thomas ve arkadaşları, bilinçli farkında olma halinin menopozal dönemde olan kadınlarda sinirlilik, gerginlik, uykuya dalmada zorluk ve umutsuzluk seviyesini azaltmak için faydalı olduğunu ifade etmiştir (105). Wong ve arkadaşları, BFSAP'ın menopozda görülen anksiyete ve depresyonu anlamlı ölçüde azalttığı ve çalışmadan 8 ay sonrada bu azalmanın devam ettiğini saptamıştır. Wong ve arkadaşları çalışmamızla benzer şekilde somatik, vazomotor, seksüel ve ürogenital semptomlar üzerinde BFSAP'ın etkili olmadığını belirtmiştir (102). Park ve Choi, Kore Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı'nın 40-59 yaş arasında olan kadınlarda stresi, depresyonu ve öfkeyi azalttığını tespit etmiştir (106). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

MSDÖ somatik şikayetler alt boyutu sıcak basması, terleme nöbetleri, kalp rahatsızlıkları ve eklem, kas ağrılarını kapsamaktadır (4). BFSAP psikolojik sıkıntının iyileşmesine, fiziksel ve zihinsel esnekliğin güçlendirilmesine yardımcı olmakta ve sağlıkla ilgili zorlukları daha iyi yönetme şansı vermektedir (82). Ancak araştırmamızda MSDÖ somatik şikayetler alt boyutunda deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Carmody ve arkadaşlarının orta veya şiddetli gece terlemesi olan geç perimenopoz ve erken menopoz sonrası olan kadınlar ile yapmış oldukları çalışmada anksiyete ve algılanan stres üzerinde BFSAP'ın iyileşme sağladığı ve iyileşmelerin 3 ay sonrası müdahalelerde de devam ettiği saptanmıştır ($p<0.05$) (44). Araştırmamız menopozal dönemde olan tüm kadınları kapsamaktadır. Carmody ve arkadaşlarının çalışması ise sadece yakınması olan kadınlardan oluşmuştur. Bu durum Carmody ve arkadaşları ile bulgumuz arasında farklılığa sebep olarak düşünülmektedir.

Araştırmamızda kontrol grubunun MÖYKÖ grup içi karşılaştırmada psikososyal alan alt boyutunda ön, ara ve son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, tablo 4.13). İstatistiksel farkın verilerin farklı zaman dilimlerinde toplanmasından ve bu nedenle kadınların ön, ara ve son test verileri toplanırken farklı psikososyal değişkenlerle karşılaşmış olabileceklerinden kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda MSDÖ ürogenital şikayetler alt boyutunun deney ve kontrol grubu arasında son testte önemli farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Baker ve arkadaşlarının 2012 ve 2014 yıllarında inkontinans problemi yaşayan kadınlar ile yapmış oldukları çalışmada BFSAP'ın inkontinans şikayetlerini azalttığını ve urge inkontinans üzerine olumlu etkisinin olduğunu saptamıştır (31, 108). Araştırma bulgumuz ile Baker ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma bulguları farklılık göstermektedir. Bunun sebebinin araştırmamızın postmenopozal dönemde olan kadınları kapsamaması Baker ve arkadaşlarının örnekleminin ise sadece inkontinans şikayeti olan kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte bilinçli farkındalık temelli uygulamalar daha çok kaygı, stres ve depresyon belirtileri gibi psikolojik değişkenlerin iyileşmesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (107). Bu durum kadınlara uygulanan BFSAP'ın ürogenital şikayetler için farklılık oluşturmamasının sebebi olarak düşünülebilir. Kadınlarda üriner inkontinans yaş, vajinal ve idrar yolu enfeksiyonu, öksürük, beden kitle indeksi, konstipasyon, gebelik yaşı, parite, doğum şekli, doğum ağırlığı gibi bir çok fiziksel faktör ile ilişkilidir (109). BFSAP'ın daha çok psikolojik değişkenleri etkilemesi girişimin ürogenital şikayetlerde değişiklik oluşturmamasının bir başka sebebi olarak da ön görülebilir.

Postmenopozal dönemde kadınlarda vazomotor değişiklikler, uyku bozuklukları, yorgunluk, bilişsel işlevde değişimler, vajinal kuruluk, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, genitoüriner sistem sorunları gibi birçok değişiklik meydana gelmektedir. Ortaya çıkan bu değişiklikler kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (110). BFSAP gibi zihin-beden yaklaşımları, menopozun vazomotor ve psikolojik semptomlarının sıklığını ve şiddetini iyileştirerek menopozal dönemde yaşam kalitesini artırabilir (104).

Araştırmada kadınlara uygulanan BFSAP'ın MÖYKÖ vazomotor, psikososyal alan ve MÖYKÖ toplam yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir ($p<0.05$, tablo 4.7, tablo 4.10). Araştırmada MÖYKÖ cinsel alanda ara testte deney grubu lehine anlamlı farklılık saptanırken (tablo 4.7), son testte anlamlılık saptanmamıştır (tablo 4.10). Ayrıca son testte MÖYKÖ fiziksel alanda deney grubu lehine önemli farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$, tablo 4.10). Araştırma bulgusu kadınlara uygulanan BFSAP'nın vazomotor psikososyal, fiziksel ve cinsel alanda yaşam kalitesini yükselttiğini göstermektedir. Aynı zamanda MÖYKÖ toplam puanında görülen düşme menopozal dönemde yaşam kalitesinde artış olduğunu göstermektedir. Araştırma bulgumuz H2

hipotezimiz olan ‘**Bilinçli farkındalık stres azaltma programı menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini artırır**’ hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde cinselliğe ilişkin tedavi yaklaşımlarına çiftlerin birlikte katılması ve kişiler arası ilişkinin değerlendirilmesi böylelikle hem ilişkinin hem de cinsel güçlüklerin birlikte tedavi edilmesi tavsiye edilmektedir (111). Araştırmada BFSAP’nın sadece kadınlara uygulanmış olması son testte deney ve kontrol grupları arasında cinsel alanda önemli farklılık oluşmamasının sebebi olarak düşünülmektedir. Araştırma bulgusuna göre MÖYKÖ fiziksel alanda deney ve kontrol grubu arasında ara testte önemli farklılık yokken son testte önemli farklılık saptanmıştır. Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin yaşam biçimi haline getirilmesi için pratiklerin yapılması gerekmektedir (107). Kadınların BFSAP pratiklerine evde devam etmiş olmaları son testte önemli farklılık görülmesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Carmody ve arkadaşları menopozal dönemde olan kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada BFSAP’ın kadınların yaşam kalitesi anlamlı şekilde arttırdığını saptamıştır (44). Driel ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada cerrahi menopoza girmiş olan kadınlara uygulanan BFSAP’ın kadınların yaşam kalitesini arttırdığını saptamıştır (112). Enjezab ve arkadaşları farklı bir bilinçli farkındalık yaklaşımı olan, bilinçli farkındalık temelli kognitif terapinin (BFTKT) perimenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, BFTKT’nin kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığını göstermiştir (113). Literatürde farklı gruplarla yapılan araştırma sonuçları da BFSAP’ın kadınların yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir (24, 114-117). Araştırma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bilinçli farkındalık stres azaltma programının menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Deney grubundaki kadınların bilinçli farkındalık seviyesinde artış olurken ($p<0.05$), kontrol grubundakilerde farklılık olmamıştır ($p>0.05$).
- Deney grubundaki kadınların ara test ve son testte ön teste göre MSDÖ psikolojik şikayetler puan ortalamalarında azalma olduğu ($p<0.05$), MSDÖ somatik ve ürogenital şikayetler puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Kontrol grubundaki kadınların MSDÖ psikolojik, ürogenital ve somatik şikayetler alt boyutlarında ve MSDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak önemli farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).
- Deney grubundaki kadınların ara test MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyutu ve MÖYKÖ toplam puan ortalamalarının ön teste göre düştüğü ($p<0.05$), bu durumun kadınların ara testte yaşam kalitelerinde artış olduğunu göstermektedir ($p<0.05$).
- Deney grubundaki kadınların son test MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan alt boyutu puan ortalamalarının ön teste göre düştüğü ve yaşam kalitelerinde artış olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ vazomotor, fiziksel, cinsel alan alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ön test, ara test ve son test arasında önemli farklılık saptanmamışken ($p>0.05$), MÖYKÖ psikososyal alan alt boyutu ön test, ara test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).
- BFSAP'ın postmenopozal dönemde kadınların menopozal yakınmaları azaltmada ve postmenopozal dönemdeki yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir.

Menopozal dönemde olan kadınların menopozal yakınmalarını azaltmak ve menopozal dönemde ki yaşam kalitelerini artırmak amacıyla uygulanan BFSAP'nın sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelerin menopozal semptomları azaltmak ve kadınların yaşam kalitesini arttırmak için BFSAP'ı hemşirelik girişimlerine eklenmesi,
- Kadınlara uygulanan BFSAP'ın süresinin uzatılması,
- Kadınlara farklı zaman periyotlarında BFSAP'na ilişkin tekrarlanan danışmanlık yapılması,
- Farklı tamamlayıcı alternatif tedaviler ile BFSAP'ın karşılaştırmalarının yapılması,
- Kadınların farklı sorunlarına BFSAP'ın etkisini belirlemek için çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Duman M. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Uyku Hijyeni Eğitimi ve Gevşeme Egzersizinin Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya; İnönü Üniversitesi 2016.
2. Özkan S. Klimakterium ve Menopoz. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı*. 2. Baskı İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri 2015: 154.
3. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *FÜ Sağ Bil Dergisi* 2007, 21 (5): 187-93.
4. Gürkan ÖC. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği, *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2005; Mayıs-Haziran: 30-35.
5. Şahin NH, Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale J Nurs* 2007, 15 (59): 82-90.
6. Çetin ÖE, Eroğlu K. Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015, 8 (4): 219-25.
7. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010, 7 (1): 469-83.
8. Abay H, Kaplan S. Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4 (1): 1-24.
9. Sussman M, Trocio J, Best C, Mirkin S, Bushmakın AG, Yood R, Friedman M, Menzin J, Louie M. Prevalence of menopausal symptoms among mid-life women: findings from electronic medical records. *BMC women's health* 2015, 15 (1): 58.
10. Özer Ü, Gözükara F. Şanlıurfa'da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016, 3 (1): 16-26.

11. Poomalar GK, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Re* 2013, 7 (1): 135-9.
12. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3 (4): 1095-113.
13. Abdullah B, Moize B, Ismail BA, Zamri M, Mohd NN. Prevalence of menopausal symptoms, its effect to quality of life among Malaysian women and their treatment seeking behaviour. *Med J Malezya* 2017, 72 (2): 94-9.
14. Rathnayake N, Lenora J, Alwis G, Lekamwasam, S. Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: A study from Sri Lanka. *Nurs Res Pract* 2019, 1-19.
15. Smail L, Jassim G, Shakil A. Menopause-specific quality of life among emirati women. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17 (1): 40.
16. Sun N, Xing J, Li L, Han X-y, Adam J, Wang HY, Lv DM. Impact of menopause on quality of life in community-based women in china: 1 year follow-up. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32 (2): 224-8.
17. Ngai FWJM. Relationships between menopausal symptoms, sense of coherence, coping strategies and quality of life. *Menopause* 2019, 26 (7): 758-64.
18. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Alternatif/Tamamlayıcı tıp ve kadın sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013, 12 (4): 441-8.
19. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul* 2007, 6 (2): 112-22.
20. Hunter M. Cognitive behavioural interventions for premenstrual and menopausal symptoms. *J Reprod Infant Psychol* 2003, 21 (3): 183-93.
21. Ayers B, Smith M, Hellier J, Mann E, Hunter MS. Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. *Menopause* 2012, 19 (7): 749-59.

22. Reddy NV, Omkarappa DB. Cognitive-behavioral therapy for depression among menopausal woman: A randomized controlled trial. *J Family Med Prim Care* 2019, 8 (3): 1002-6.
23. Smith Je, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic Review. *J Adv Nurs* 2005, 52 (3): 315–27.
24. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak Kr, Chroniak C, Durazo R, Mathews Hl. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun* 2008, 22 (6): 969–81.
25. Matchim Y, Armer Jm, Stewart Br. Effects of mindfulness- based stress reduction (mbsr) on health among breast cancer survivors. *West J Nurs Res* 2011, 33 (8): 996–1016.
26. Tsang SC, Mok ES, Lam SC, Lee JK. The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *J Clin Nurs* 2012, 21: 2690–6.
27. Gross CR, Kreitzer MJ, Thomas W, Reilly-Spong M, Cramer-Bornemann M, Nyman JA, Frazier P, Ibrahim HN. Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients: A Randomized Controlled Trial. *Altern Ther Health Med* 2010, 16 (5): 30-8.
28. Whitebird RR, Kreitzer MJ, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *Gerontologist* 2013, 53: 676-80.
29. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behav Res Ther* 2014, 57: 43-54.
30. Perez-Blasco J, Viguer P, Rodrigo MF. Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2013, 16 (3): 227-36.

31. Baker J, Costa D, Guarino JM, Nygaard I. Comparison of mindfulness-based stress reduction versus yoga on urinary urge incontinence: a randomized pilot study. With 6-month and 1-year follow-up visits. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014, 20 (3): 141-6.
32. Sherratt KAL, Lunn S. Evaluation of a group programme of mindfulness-based cognitive therapy for women with fertility problems. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013, 33 (5): 499-501.
33. Greeson JM. Mindfulness research update. *Complement Health Pract Rev* 2009, 14 (1): 10-8.
34. Demir V. Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, 2014.
35. <https://edzardernst.com/2019/08/the-role-of-placebo-effects-in-mindfulness-based-analgesia/> erişim tarihi: 24.09.2019
36. Kaynak Ü, Güven M. Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı bilinçli farkındalık geliştirme programının etkililiği. *Journal of International Social Research* 2017, 10 (51): 746-53.
37. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy* 2009, 40 (2): 142-54.
38. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* 2008, 31 (1): 23-33.
39. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2015, 78 (6): 519-28.

40. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Educ Today* 2015, 35 (1): 86-90.
41. Sharma M, Rush SE. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2014, 19 (4): 271-86.
42. Oğurlu N. Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Aydın; Adnan Menderes Üniversitesi, 2008.
43. Garcia MC, Pompéia S, Hachul H, Kozasa EH, De Souza AAL, Tufik S, Mello LEA. Is mindfulness associated with insomnia after menopause?. *Menopause* 2014, 21 (3): 301-5.
44. Carmody J, Crawford S, Salmoirago-Blotcher E, Leung K, Churchill L, Olendzki N. Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *Menopause (New York, NY)* 2011, 18 (6): 611-20.
45. Meran EP, Şahin NH. Kadın sağlığı alanında uzman hemşirelik eğitimi ve uzman hemşirelik rolleri: Amerika Birleşik Devletleri örneği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2014, 1 (1): 1-14.
46. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3 (1): 93-8.
47. Copur EO, Kuru N, Seyman CC. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2015, 1 (2): 51-5.
48. Atan ÜŞ, Yiğitoğlu S. Menopozda semptom yönetimi ile ilgili kanıta dayalı uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2015, 3: 35-59.
49. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar Ve Hemşirenin Rolü. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 1 (1): 50-6.

50. Görgel EB, Çakıroğlu FP. *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara, Ankara Basım Evi. 2007: 2-12.
51. <http://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/> erişim tarihi: 02.06.2019.
52. Karanisoğlu H, Dinç H. Klimakterik Dönem. İçinde: Coşkun AM. (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012: 443-59.
53. Uludağ A, Güngör ÇNA, Gencer M, Şahin ME, Coşar E. Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2014, 18 (1): 25-30.
54. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, Santen RJ. Treatment of symptoms of the menopause: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015, 100 (11): 3975-4011.
55. Şahin NH. *Bir Kilometre Taşı: Menopoz*. 1. Baskı. İstanbul, Çevik Matbaacılık, 1998: 11-30.
56. Edwards H, Duchesne A, Au AS, Einstein G. The many menopauses: searching the cognitive research literature for menopause types. *Menopause* 2019, 26 (1): 45-65.
57. Torrealday S, Pal L. Premature Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015, 44 (3): 543- 57.
58. Vujovic S, Brincat M, Erel T, Gambacciani M, Lambrinoudaki I, Moen MH, Gustafsson KS, Tremollieres F, Rozenberg S, Rees M. EMAS position statement: Managing women with premature ovarian failure. *Maturitas* 2010, 67 (1): 91- 3.
59. Borker SA, Venugopalan PP, Bhat SN. Study of menopausal symptoms, and perceptions about menopause among women at a rural community in Kerala. *J Midlife Health* 2013, 4 (3): 182-7.
60. Güler K. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi. İstanbul, 2017.

61. Özcan H, Oskay ÜJGTD. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Medeni Med J* 2013, 28 (4): 157-63
62. Timur S, Hotun NŞ. Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3 (3): 61-67.
63. Maraka KP. Menopoz Döneminde Kupperman İndeksi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul: 2019.
64. Genazzani AR, Pluchino N, Luisi S, Luisi M. Estrogen, cognition and female ageing. *Hum Reprod Update* 2007, 13 (2): 175-87.
65. Greendale G, Huang M, Wight R, Seeman T, Luetters C, Avis N, Johnston J, Karlamangla AS. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology* 2009, 72 (21): 1850-7.
66. Drogos LL, Rubin LH, Geller SE, Banuvar S, Shulman LP, Maki PM. Objective cognitive performance is related to subjective memory complaints in midlife women with moderate to severe vasomotor symptoms *Menopause* 2013, 20 (12): 1236-42.
67. Medic G, Wille M, Hemels M. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep* 2017, 9: 151-61.
68. Görgülü Ş, Eren M, Çelik S, Dağdeviren B, Gürol T, Tartan Z, Cinsoy S, Özer O, Süer N, Tezel T. Östrojen ve hormon replasman tedavilerinin aort sertliği üzerine etkisi. *Türk Kardiol Dern Arş* 2002, 30: 422-7.
69. El Khoudary SR, Shields KJ, Janssen I, Hanley C, Budoff MJ, Barinas-Mitchell E, Everson-Rose S, Powel HL, Matthews KA. Cardiovascular fat, menopause, and sex hormones in women: The SWAN cardiovascular fat ancillary study. *J Clin Endocrinol Metab* 2015, 100 (9): 3304-12.
70. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 9. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2014: 567-83.

71. Saraçoğlu F. Menopoz ve hormon replasman tedavisi osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, karbonhidrat metabolizması ve kanser gelişimi vb üzerindeki etkileri. *Turk Geriatri Derg* 1998, 1: 76-88.
72. Van Dijk GM, Kavousi M, Troup J, Franco OH. Health issues for menopausal women: The top 11 conditions have common solutions. *Maturitas* 2015, 80 (1): 24-30.
73. Hall G, Phillips TJ. Estrogen and skin: The effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53 (4): 555-68.
74. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol* 2018, 14 (4): 199-215.
75. Bozkurt ÖD. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
76. Muezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, *Üroonkoloji Bülten* 2005, 1: 25-29.
77. Zolnierczuk-Kieliszek D, Bernadetta K, Jarosz M, Stefanowicz A, Pacian A. Pacian J, Mariola J. Quality of life in peri- and post-menopausal Polish women living in Lublin Province--differences between urban and rural dwellers. *Ann Agric Environ Medicin* 2012, 19 (1): 129-33.
78. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006, 3 (4): 281-7.
79. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec ASJ, Stanisławska M, Rotter I, Karakiewicz B, Grochans E. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11 (7): 6692-708.

80. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins, G. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol (New York)* 2004, 11: 230-4.
81. Akarsu RH. Menapozal sıcak basması kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6 (2): 104-12.
82. Aktaş S, Gülen M, Sevi OM. Tıbben açıklanamayan somatik semptomlar için bilinçli farkındalık temelli terapiler: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2019, 11 (3): 271-83.
83. Brown KM, Ryan RM, Creswell CD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq* 2007, 18 (4): 211-37.
84. Atalay Z, Aydın U, Bulgan G, Taylan RD. Bilinçli-Farkındalık Temelli Öz-yeterlik Ölçeği-Yenilenmiş: Türkiye uyarlama çalışması (BFÖÖ-Y). *Elementary Education Online* 2017, 16(4): 1803-15.
85. Ülev E. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi 2014.
86. Kabat-Zinn, J. *Wherever you go there you are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion. 2004: 150-70.
87. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim* 2011, 36 (160): 224-35.
88. Demir V. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının üniversite öğrencilerinin kaygı düzeylerine etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2017, 7 (12): 98-118.
89. Çatak PD, Ögel K. Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri* 2010, 13 (1): 85-91.
90. Atalay Z. *Mindfulness bilinçli farkındalık farkındalıkla andakalabilme sanatı*. İnkılap kitapevi. İstanbul 2019. 186-93.

91. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott Mj, Mccool Ja, Gardiner P. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress, *BMC Complement Altern Med* 2011, 11: 26-8.
92. Mackenzie Cs, Poulin Pa, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides, *Appl Nurs Res*, 2006, 19: 105- 9.
93. Cohen-Katz J, Wiley S, Capuanot T, Baker DM, Shapiros S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. *Holist Nurs Pract* 2005, 19 (1): 26–35.
94. Brady S, O'Connor N, Burgermeister D, Hanson P. The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspect Psychiatr Care* 2012, 48: 129-37.
95. Bılgılı N, Ayaz S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8 (6): 497-502.
96. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/universitelerin_kadin_sorunlari.pdf erişim tarihi: 17.06.2019.
97. Özkan HA, Özbek Ş, Bursa AG. Küreselleşen sağlık ve kadın sağlığı hemşireliği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2016, 2 (2): 46-57.
98. Peppin, CA, Cronin TJ, Lyons A, Caldwell JG. The effects of mindfulness on sexual outcomes: the role of emotion regulation. *Arch Sex Behav* 2018, 47 (6): 1601-12.
99. Tomfohr-Madsen LM, Campbell TS, Giesbrecht GF, Letourneau NL, Carlson LE, Madsen JW, Dimidjian S. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016, 17 (1): 498.
100. Ingraham N, Harbatkin D, Lorvick J, Plumb M, Minnis AM. Women's Health and Mindfulness (WHAM): A randomized intervention among older lesbian/bisexual women. *Health Promot Pract* 2017, 18 (3): 348-57.

101. Stephenson KR, Kerth J. Effects of mindfulness-based therapies for female sexual dysfunction: a meta-analytic review. *J Sex Res* 2017, 54 (7): 832-49.
102. Wong C., Yip Bhk, Gao T, Lam Kyy, Woo Dms, Yip Alk, Chin Cy, Tang Wpy, Choy Mmt, Tsang Kwk, Ho Sc, Wah Ma Hs, Wong Sys. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) or psychoeducation for the reduction of menopausal symptoms: a randomized, controlled clinical trial. *Scientific reports* 2018, 8 (1): 1-10.
103. Sis ÇA. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Sıcak Basmasına İlişkin İnançlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi, 2013.
104. Thomas T, Kamath N, Kumar AJJOC, Research D. Mindfulness and menopause-A Review. *J Clin Diagn Res* 2020, 14 (7): 1-3.
105. Özyeşil Z. *Öz anlayış ve bilinçli farkındalık*. 1. Baskı İstanbul. Maya Akademi 2011: 120.
106. Park JM, Choi IR. The effect of K-MBSR program on stress, stress coping style, depression, anger and sleep of middle aged women. *J Korean Acad Nurs* 2016, 46 (2): 194-206.
107. Aktepe İ, Tolan Ö. Bilinçli farkındalık: güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2020, 12 (4): 534-61.
108. Baker J, Costa D, Nygaard I. Mindfulness-based stress reduction for treatment of urinary urge incontinence: a pilot study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012, 18 (1): 46-9.
109. Örsal Ö, Duru P, Ünver G. Altmış yaş üstü kadınlardaki üriner inkontinans yaşam kalitesi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Florence Nightingale J Nurs* 2020, 28 (2): 155-63.
110. Özdemir ÖÇ, Uysal MF. Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2018; 9 (1): 25-32.
111. Özkan Z, NK Beji. Psikolojik ve kişilerarası etmenlerin cinsel fonksiyon üzerine etkileri. *Androloji Bülteni* 2014, 58: 203-208.

112. Van Driel CM, de Bock GH, Schroevers MJ, Mourits MJ. Mindfulness-based stress reduction for menopausal symptoms after risk-reducing salpingo-oophorectomy (PURSUE study): a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2019, 126 (3): 402-11.
113. Enjezab B, Zarehosseinabadi M, Farzinrad B, Dehghani A. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life in perimenopausal women. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2019, 13 (1): 267-75.
114. Jafari A, Shahabi SR. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on state/trait anxiety and quality of life in women with obesity. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2017, 21 (1): 83-93.
115. Kolahkaj B, Zargar F, Majdinasab N. The effect of mindfulness-based stress reduction (mbsr) therapy on quality of life in women with multiple sclerosis, Ahvaz, Iran. *J Caring Sci* 2019, 8 (4): 213.
116. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW, Widen HR, Fitzgerald GS, Shelton MM, Barta M, Goodman M, Cox CE, Kip KE. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology* 2009, 18(12): 1261-72.
117. Heshmati R, Ghorbani, F. The effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program on physical functioning and health related quality of life (HRQOL) in people with coronary artery disease (CAD). *Iranian journal of Cardiovascular Nursing* 2016, 5 (3): 16-25.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Nurdilan ŞENER

2. Doğum Tarihi: 10.09.1992

3. Unvanı: Araştırma Görevlisi

4. Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Muş Alparslan Üniversitesi	2010-2014
Yüksek Lisans	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İnönü Üniversitesi	2015-2017
Doktora	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İnönü Üniversitesi	2017-

5. Yayınlar

- Ersöğütçü F, Şener N. Stress as A Basic Concept and Nursing Approaches. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 2019;20(4):16225-16227.
- Şener N, Ersöğütçü F. Quality of Life Among Menopausal Women and Nursing. *Res & Rev Health Care Open Acc J*. 2019;3(4):290-292.
- Şener N, Taşhan ST. Üniversite Öğrencilerinde Dismenore Yaşama Durumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2020;17(2):148-54.

EK-2. Etik Kurul Onay Sayfası

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
17.12.2019	21	2019/8-22	
<p>Karar No: 2019/8-22 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 17.12.2019 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Nurdilan ŞENER'in yardımcı araştırmacı olduğu; "Postmenopozal Dönemde Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Menopozal Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmasının adını "Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Menopozal Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" olarak değiştirilmesi talebi; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusu değerlendirildi. Başlık değişikliğinin Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından <u>uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-3. Kurum İzni

KOMİSYON KARARI

Fırat Üniversitesi'nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmakta İnönü Üniversitesi'nde de Doktora öğrencisi olarak öğrenimine devam eden Nurdilan ŞENER, "Postmenopozal Dönemde Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Menopozal Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışmasını yapabilmek için Müdürlüğümüze başvuruda bulunmuş olup, söz konusu başvuru ile ilgili Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı tarafından uygun görülmüştür. Bahse konu talep; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 27.03.2018 tarih ve E.483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konulu yazısı göz önünde bulundurularak, 10.06.2019 tarihli komisyon toplantısında değerlendirilmiş olup; araştırmanın yapılmasında Müdürlüğümüz adına herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Muammer AÇIKKAPU
Personel ve Destek Hiz. Bşk.

Üye

Dr. Abdulkadir KANTARCIOĞLU
Halk Sağlığı Hiz. Başkanı

Üye

Uzm. Dr. Yavuz ORUÇ
Kamu Hast. Hiz. Başkanı

Üye

Dr. Cihan TEKİN
Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd.

Üye

Uzm. Dr. Ramazan GÜRGÖZE
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

EK-4. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu)

Araştırma, menopozal dönemde olan kadınlara uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir araştırma olarak planlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlarla, menopozal dönemdeki diğer kadınlarda, yakınmalarla baş etme konusunda olumlu yönde etki göstereceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; size 8 haftadan oluşan her biri 150 dakikadan oluşan ayrıca 6. Haftada 6 saatlik sessizlik günü olan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı uygulanacaktır. Ayrıca sizi tanımamızı sağlayacak sosyo-demografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formu, menopozal dönemde yaşadığınız semptomlar ve menopoza özgü yaşam kalitenizi belirlememizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Tüm uygulamalar ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsmi saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı

Doktora Öğrencisi Nurdilan ŞENER

Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma yeterli cevaplar aldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:..../..../...

Adı Soyadı:

İmza

EK-5. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu)

Araştırma, menopozal dönemde olan kadınlara uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sizden sosyo-demografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formu, menopozal dönemde yaşadığınız semptomlar ve menopoza özgü yaşam kalitenizi belirlememizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir

Bu araştırmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı

Doktora Öğrencisi Nurdilan ŞENER

Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma yeterli cevaplar aldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:..../..../...

Adı Soyadı:

İmza

EK-6. Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

Okur yazar İlkokul Ortaokul Lise Lisans ve üzeri

3. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor Ev hanımı Emekli

4. Ailenin ekonomik durumunu nasıl belirtirsiniz?

Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

5. Boy uzunluğunuz nedir?.....

6. Kaç kilosunuz?.....

7. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı ?

Evet Nedir Hayır

8. Ne kadar süredir menopozdasınız?...../ay/yıl

9) Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet Nedir..... Hayır

10) Düzenli egzersiz yapar mısınız?

Evet ne sıklıkla haftada kaç kez..... Hayır

kaç dakika.....

EK-7. Bilinçli Farkındalık Ölçeği

	Hemen Hemen Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen Hemen Hiçbir Zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.						
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10. İşleri veya görevleri ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						

EK-8. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
1. Sıcak basması (terleme nöbetleri)					
2. Kalp rahatsızlıkları(normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, çarpıntı hissi)					
3. Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama ve erken uyanma)					
4. Keyifsizlik hali(kendini üzgün, kötü, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklikler)					
5. Sinirlilik (sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6. Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi)					
7. Fiziksel ve zihinsel gerginlik (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8. Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10. Vajinada kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel ilişkide zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (eklem ağrı, romatizmal şikayetler)					

EK-9. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

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

Hiç rahatsız edici değil Son derece rahatsız edici

0 1 2 3 4 5 6

1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
2. Gece terlemesi	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
3. Terleme	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
4. Hayatından memnun olmama	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
5. Endişeli ve gergin hissetme	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
6. Hafızada zayıflama	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
7. Kendisini eskisinden daha az başarılı hissetme	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
8. Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma)	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
10. Yalnız kalma isteği	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
12. Kas ve eklem ağrıları	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
14. Uyuma güçlüğü	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var

16. Fiziksel güçte azalma	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
17. Dayanma gücünde azalma	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
18. Enerjide azalma hissi	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
19. Ciltte kuruluk	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
20. Kilo alma	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
21. Yüz tüylerinde artma	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
23. Şişkinlik hissi	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
24. Bel ağrısı	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
25. Sık idrara çıkma	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
27. Cinsel istekte değişiklik	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
28. Cinsel ilişki sırasında (haznede) kuruluk	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
29. Cinsellikte kaçınma	----- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var

Ek-10. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı Katılımcı Belgesi

Mindfulness Institute Türkiye

Sayın Nurdilan Şener

8 Mayıs - 26 Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen 8 Haftalık

"Bilinçli-Farkındalık Temelli Stres Azaltma (Mindfulness-Based Stress Reduction/MBSR)"
programına katılımınızdan dolayı bu belgeyi almaya hak kazandınız



Doç. DR. ZÜMRA ATALAY



**MENOPOZ YAKINMALARI İÇİN
BİLİNÇLİ FARKINDALIK STRES
AZALTMA PROGRAMI**



Hazırlayan: Arş.Gör. Nurdilan ŞENER
Danışman: Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

2019

İçindekiler

Önsöz.....	3
Menopoz Sonrası Yaşanan Yakınmalar ve Nedenleri.....	4
Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı Nedir?.....	7
Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programını Menopoz Yakınmalarını Azaltmak İçin Kullanımı.....	8
Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı Basamakları	
1.Kuru üzüm egzersizi.....	11
2. Bilinçli farkında yoga.....	13
3. Oturma medistasyonu.....	18
4. Bilinçli farkında yürüyüş.....	20
5. Görme egzersizleri.....	22
Kaynaklar.....	24

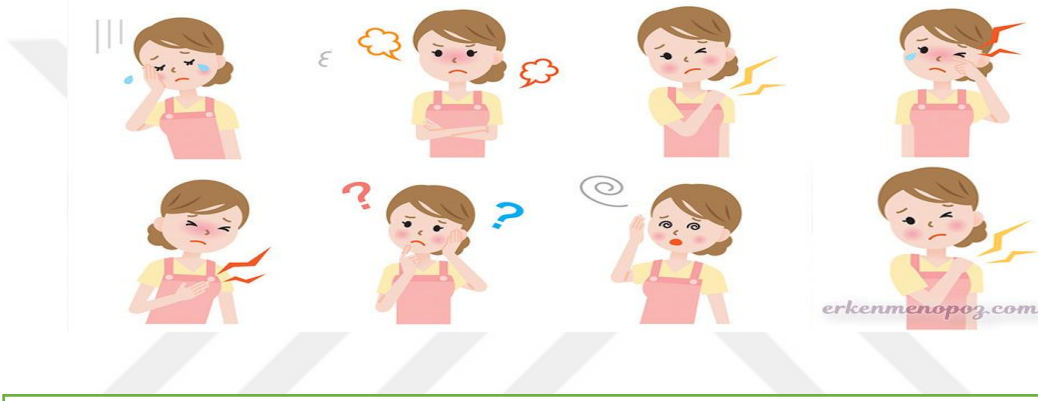
ÖNSÖZ

Bu kitapçıkta menopozal yakınmalar ile baş etmeniz ve yaşam kalitenizi arttırmanız için sizlere bilinçli farkındalık stres azaltma programı sunulmaktadır. Program sizlerin menopozal yakınmalara yönelik ilaç kullanıyorsanız daha az ilaç kullanmanıza ve bu ilaçların yan etkilerinin önlenmesine katkıda bulunacaktır. Bilinçli farkındalık stres azaltma programını kendi başınıza kolayca uygulayabileceğiniz ucuz ve etkili yöntemlerin başında gelmektedir. Bu kitapçıkta bilinçli farkındalık stres azaltma programına ilişkin gerekli tüm bilgileri bulabilirsiniz.

Arş.Gör. Nurdilan ŞENER

MENOPOZ SONRASI YAŞANAN YAKINMALAR VE NEDENLERİ

Menopoz, ergenlik gibi yaşamın doğal bir sürecidir ve hastalık değildir.



Menopoz doğal bir süreç olmasına rağmen değişen hormonal düzen bu dönemde bir takım yakınmalar yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşanan bu yakınmalar yaşam kalitesini düşürebilmektedir.

Menopozda kadınlarda azalan kadınlık hormonu bir takım değişikliklere neden olmaktadır. Değişiklikler incelendiğinde çabuk kızma, olaylara karşı aşırı hassasiyet, hafıza zayıflaması, yorgunluk, uykusuzluk, cinsel bozukluklar, idrar kaçırma, kemik erimesi, kalp hastalıklarında artış, ciltte değişiklikler görülebilmektedir. Bu yaşanan sorunlarla kadının baş edememesi kadının yaşam kalitesini düşürür. Yaşam kalitesi düşen kadın günlük aktivitelerini etkin şekilde yerine getiremeyebilir.

Yaşanan yakınmaları azaltmada etkili bir yol

BİLİNÇLİ FARKINDALIK!



Mevcut zamanda kalma prensibine dayanan bilinçli farkındalık uygulamaları yaşanan yakınmaları azaltmada hem ekonomik hem de en faydalı yollardan biridir.

BİLİNÇLİ FARKINDALIK STRES AZALTMA PROGRAMI NEDİR?

Bilinçli farkındalık; içinde yaşadığımız anları fark etmek ve bu fark ettiğimiz anları karşılama biçimimizdir. Bilinçli **Farkındalık Stres Azaltma Programı** ise fiziksel ve zihinsel olarak şikâyetçi olan kişilerin stres düzeyini azaltmak amacıyla düzenlenen bir programdır.

Programı günlük hayatla bütünleştirmek yoğun bir şekilde fiziksel yakınmalar ve zor duygularla mücadele ederken dayanabilecek bir kaynak sağlar.

Menopozal Yakınmalarda Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Kullanımı



**Bilinçli farkındalık programında süreç
nasıl ilerler?**

Ön görüşme

Programa katılacak kişiler ön görüşme ile alınır.

Her hafta 2.5 saatten oluşan 8 haftalık program

6 saat süren sessizlik günü

Günün amacı programın ve bilinçli farkındalık anlayışının derinleşmesi, bireyin içgörüsünün artırılmasıdır

Egzersizler

Bilinçli farkındalık stres azaltma programı bir dizi bedensel, ruhsal ve zihinsel uygulamaları içerir.

Ev uygulamaları

Verilen ses kayıtları katılan kişilere rehberlik etmesi amacıyla verilir her gün en az 45 dakika çalışmaları ve günlük aktivitelerinin farkındalık ile yapılması sağlanmalıdır

Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı Basamakları

1. Kuru üzüm egzersizi
2. Bilinçli farkında yoga
3. Oturma medistasyonu
4. Bilinçli farkında yürüyüş
5. Görme egzersizleri

1. Kuru Üzüm Egzersizi

Bu uygulama için sadece 3 üzüm yeterli. İlk üzümü eline al.

Sanki ilk kez kuru üzümü görüyormuşçasına ona dokun. Hatta mümkünse gözlerini kapatarak dokun. Yumuşaklık, şekil, doku... hepsini parmaklarınla hisset!!!

Burnuna götürüp kokla. Her iki burun deliğininle ayrı ayrı kokla ve karşılaştır iki delikten de aynı kokuyu mu aldın?

Sonra gözlerini aç ve üzüm tanesine bak ışığa tut ve seyret ışık geçiren ve geçirmeyen yerlerini seyret avuç içi ve ışıktaki görünümünü karşılaştır.

Üzüm tanesini kulağına götür ve parmaklarında üzüm tanesini hareket ettir ve nasıl sesler çıktığını dinle her iki kulak içinde aynı yap. Her iki kulakta sesler aynı mı?

Şimdi üzümü ağzına götür ve ona dilinle dokun. Dokunduğun yerdeki dokuyu hisset. Tat alıyor musun? Dilin ön ve arka kısmına değdir ve her kısımda aldığın tadı karşılaştır. Tatlar aynı mı?

HENÜZ YEME!!!

Dışarıya taşan aromayı hisset. Yutkunurken boğazında kalan aromanın tadına odaklan. Isırdığın kurum üzümü yine dil ve ağzının farklı bölgelerinde gezdir. Değişiklikleri fark et!!!

Ve yavaşça çiğnemeye başlayabilirsin. Şimdi yut ve yutarken yolunu izle. Yutarken boğazdan geçişini duy.

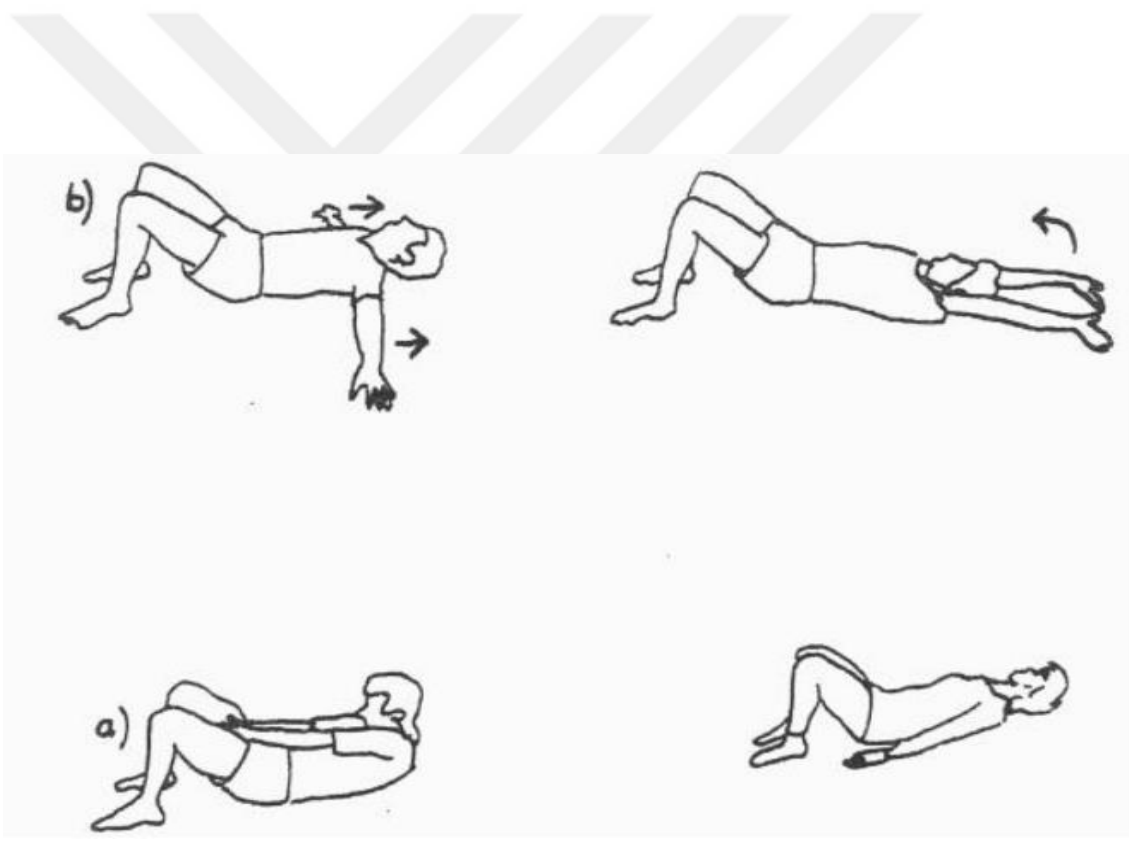
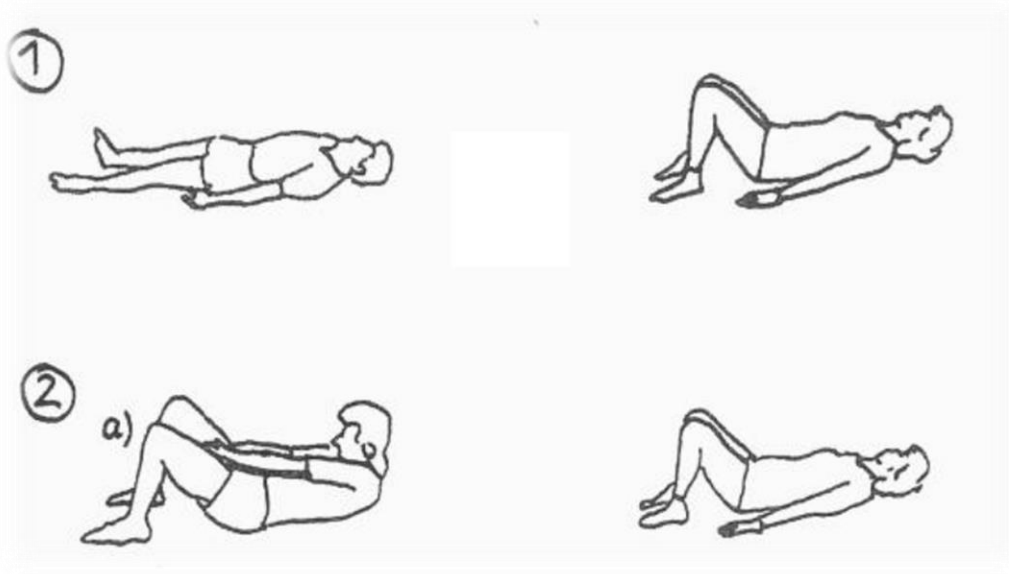
Ardından ikinci üzüm içinde aynı şeyleri tekrarla.

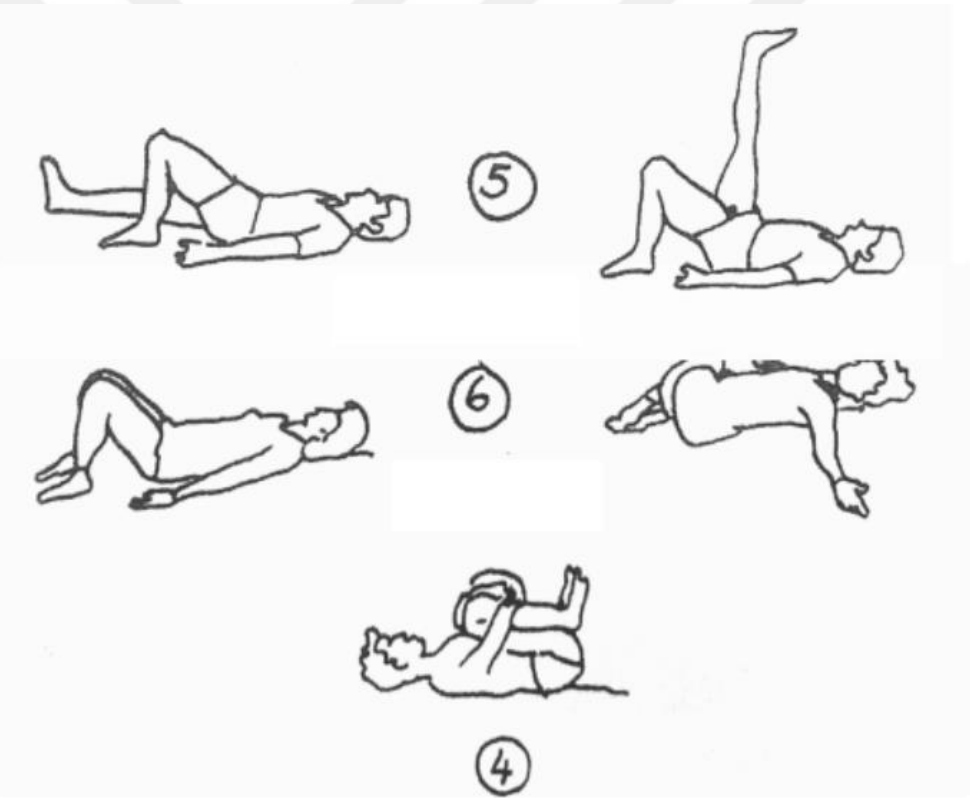
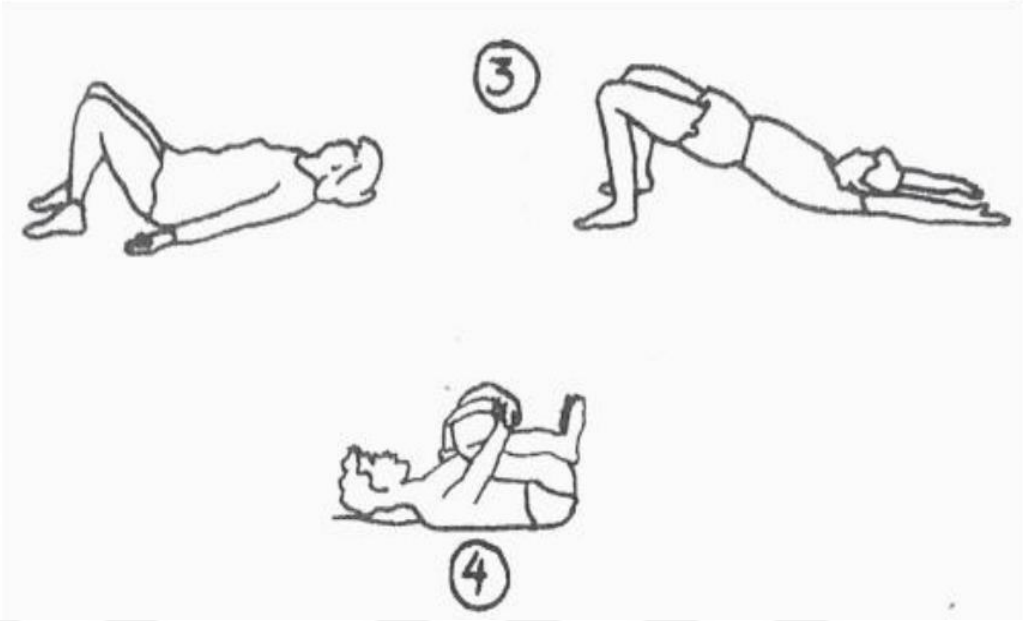
Üçünü üzümü her zaman ki gibi düşünmeden yut!!

2.Bilinçli Farkındalıkla Yoga

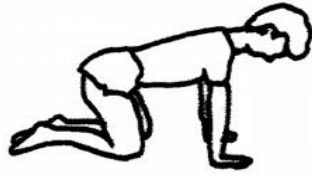
Düzenli yoga uygulaması, kas ve iskelet sistemine olumlu etki eder, esneklik, güç ve denge kazandırır, derin bir rahatlama ve farkındalık bilincinin oluşmasına yardımcı olur. Birçok insan bu çalışmayla ruhsal dinginlik deneyimler. Dolaşım sistemi desteklenir, daha dik ve sağlam bir duruş bulur ve daha seyrek hastalanır.

Tüm set 15 dakikada tamamlanabilir. Nefes alışı burundan yavaş bir şekilde alıp ağızdan yavaş vererek her harekette tekrarlanır ve her hareket 3 kez tekrar edilir.





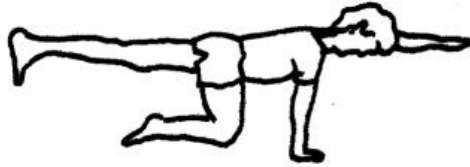
7



8

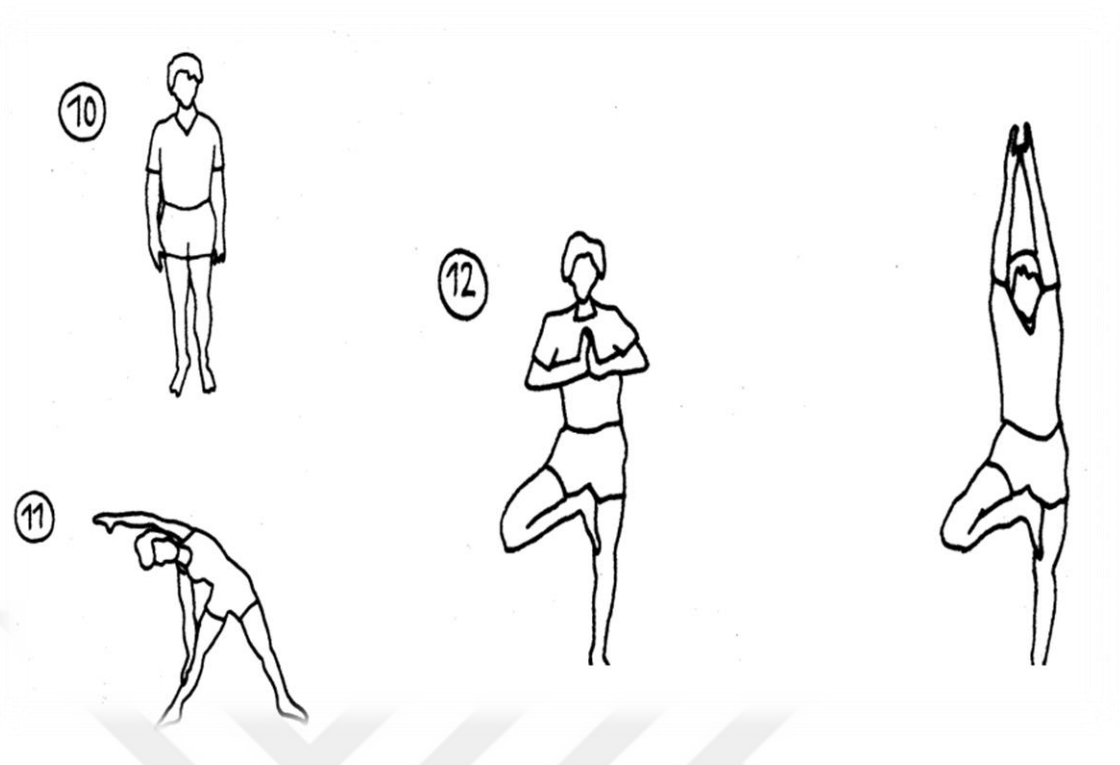


9



8





3. Oturma Meditasyonu

Kafa, boyun ve sırt dümdüzdür. Bu dik oturuş nefesin engellenmeden içeri ve dışarı akmasına imkan sağlar. Bu dik duruş kendine güvenli, kendini kabullenici bir tutumun ve odaklanmış bir dikkatin dışavurumudur.



a. sandalye üzerinde, sırtı yaslamadan, omurga dik ve uzun



b. yerde yastık üzerinde, bacaklar bağdaş konumda



c. bir yastık veya bank üzerinde dizüstü oturarak Eller gevşek şekilde dizler veya kucakta durur veya sağ el sol elin içine konur ve başparmakları birbirine değeri.

4.Bilinçli Farkında Yürüyüş



Önce ayağınızı kaldırın.

Kalkan ayağı ileri doğru hareket ettirin

Ayağınızı yere koyun

Ardından kaldırma sürecine diğer ayakla başlarken ağırlığını diğer ayağa verdiğini hisset.

Bu adımları gerçekteştirirken nefesinizle bağınızı hiç koparmayın. Nefesini yürüme ritmiyle birleştirebilirsiniz.

5. Görme egzersizleri

Sadece bir yaprağa ihtiyacınız var. Yaprığı keşfedecek bir nesne olarak düşünün. Bu keşif için 10-15 dakikanızı ayırın.

Tüm dikkatinizi yaprağa verin

Tüm ayrıntılara yaprağın şekline kıvrımlarına bakın. Rengin tonlarını algılayın.

Yaprığı ışığa tutun ve yapraktaki ışık düzeylerine bakın.

Yaprığı kendinize yakınlaştırıp uzaklaştırarak bakın.

Aynı dikkatle yaprağın arkasına bakın.

Yaprağı dokunmayı ve koklamayı deneyin.

Yaprağı tüm yapraklardan ayırt edebilecek düzeyde belirleyin.

Zihniniz dağıldıkça onu tekrar yaprağına getirin.

Deneyi sonlandırın.



Kaynaklar

1. Timur S, Hotun NŞ. Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3.3: 61-67.
2. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010, 7(1): 469-83.
3. Çelik SA, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan yakınmalar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1(1):48-56
4. Atalay Z. Mindfulness: Şimdi ve Burada (3.bs). İstanbul:Ofset Matbaacılık,26-153.
5. Atalay Z, Ögel K. 25 Farkındalık Dersi:Şimdi Sağlıklı Yaşama Zamanı. Ankara: Atlas Akademik Basım, 61-130.
6. Damcı T.Bir Yol Var: Mindfulness ile yaşam biçimini değiştirmek. (4.bs). İstanbul:doğan egmont yayıncılık, 64-89.
7. Mindfulness İnstitute Bilinçli Farkındalık El Kitabı: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma
8. Google görseller