



**MENOPOZAL KADINLARA UYGULANAN MOTİVASYONEL  
GÖRÜŞMENİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA  
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**İlksen ORHAN**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR**

**Doktora Tezi-2020**

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MENOPOZAL KADINLARA UYGULANAN  
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN SAĞLIKLI YAŞAM  
BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA VE YAŞAM KALİTESİNE  
ETKİSİ**

**İlksen ORHAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Doktora tezi**


**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR**

**MALATYA  
2020**

## İTHAF

*Bu tezimi, kadının yaşam d6ngüsü içinde çıktığım bu yolculukta varlığıyla bana güç ve ilham veren, bu süreçte gösterdiği sabır için sonsuz minnettarlık duyduğum sevgili kızım Doğa Selin'e adıyorum.*

İlksen ORHAN

 İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	<b>KABUL ONAY FORMU</b>	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

MENAPOZAL KADINLARA UYGULANAN MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN SAĞLIKLI  
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ  
DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN**

PROF. DR. YURDAGÜL YAĞMUR

**HAZIRLAYAN**

İLKSEN ORHAN ERGİN

Jürimiz tarafından 06/01/2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda bu tez **oybirliği** ~~oyçokluğu~~ ile başarılı bulunarak ..... Henriette Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul etmiştir.

**Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı**

1. Prof. Dr. Rukuye AYLAZ
2. Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR
3. Doç. Dr. Tuba UÇAR
4. Doç. Dr. Fatma KORUK
5. Dr. Öğr. Üyesi Özlem DOĞAN YÜKSEKOL

**İmza**



**O N A Y**

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../20... tarih ve 20.../..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

.....

Enstitüsü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Klimakterik Dönem ve Evreleri.....	4
2.1.2. Menopoz Çeşitleri.....	5
2.1.3. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler .....	5
2.1.4. Çevresel ve Yaşam Biçimi Değişiklikleri.....	10
2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları .....	11
2.3. Yaşam Kalitesi.....	14
2.3.1. Menopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi .....	15
2.4. Motivasyonel Görüşme.....	16
2.4.1. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri.....	16
2.4.2. Motivasyonel Görüşme Uygulaması .....	17
2.5. Menopozal Kadınlara Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kazandırmada ve Yaşam Kalitesini Yükseltmede Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşiresinin Rolü .....	19
3. MATERYAL VE METOT .....	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	20
3.4. Veri Toplama Araçları .....	21
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2) .....	21
3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-3) .....	22
3.4.3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4) .....	22
3.5. Verilerin Toplanması .....	23
3.6. Araştırmanın Uygulanması .....	25

3.6.1. Hemşirelik Girişimi .....	25
3.6.2. Motivasyonel Görüşme Basamakları.....	25
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi. ....	34
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı.....	35
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA .....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR .....	52
EKLER.....	61
EK-1. Özgeçmiş.....	61
EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	65
EK-3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II).....	66
EK-4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) .....	69
EK-5. Motivasyonel Görüşme Tekniği Katılım Belgesi .....	72
EK-6. Tez çalışması Sırasında Uzman Görüşü Alınan Kişiler.....	73
EK-7. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu) .....	74
EK-8. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu) .....	75
EK-9. Munzur Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Etik Kurul İzni	76
EK-10. Tunceli Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	78
EK-11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Kullanım İzni.....	79
EK-12. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni.....	80

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen, bana göstermiş olduğu her türlü bilimsel destek, sabır ve emekten dolayı değerli hocam, danışmanım Prof. Dr. Yurdağul YAĞMUR'a çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren, değerli komite üyelerim Prof. Dr. Sayın Rukuye AYLAZ'a ve Doç. Dr. Sayın Tuba UÇAR'a,

Tez çalışmama katılan tüm kadınlara ve destekleriyle çalışmanın yapılmasına olanak sağlayan Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü ve Aile Sağlığı Merkezi'ndeki sorumlu tüm ekibe, desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Emine KAPLAN SERİN'e,

Çıktığım bu yolculukta sonsuz destekleri için sevgili annem Saime ORHAN ve babam Yusuf ORHAN'a, tezimi yazma sürecimde gösterdiği anlayış, özveri, ilham ve coşku için sevgili kızım Doğa Selin'e sonsuz kere teşekkür ederim.

İlksen ORHAN

## ÖZET

### **Menopozal Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırma, menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metod:** Araştırma randomize kontrollü deneysel araştırma modelinde yürütüldü.

Araştırma öncesinde yapılan güç analizi sonucunda araştırma 68 deney, 68 kontrol olmak üzere toplamda 136 kadın ile yürütüldü. Araştırma verileri Ocak-Haziran 2019 tarihleri arasında toplandı ve verilerin elde edilmesinde Tanıtıcı Bilgi Formu, SYBDÖ II ve MÖYKÖ kullanıldı. Deney grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından ASM'lerde 6 oturumluk MG uygulaması ve 2 defa izlem görüşmesi yapıldı. Kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir girişim uygulanmadı. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki-kare, Bonferroni testi, bağımsız gruplarda t testi, ve tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi kullanıldı.

**Bulgular:** Deney grubu kadınlarda SYBDÖ-II; sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanlarında ön test, ara test ve son test grupları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu ve puan ortalamalarının olumlu yönde artış gösterdiği saptandı ( $p<0.001$ ). Deney grubu kadınların MÖYKÖ; vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyutları ön test, ara test ve son test grupları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Ayrıca deney ve kontrol grubundaki kadınların son test SYBDÖ-II puan ortalamalarının tüm alt boyutlar ve ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan MG'nin, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve menopoza özgü yaşam kalitelerini arttırmada etkili olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Menopoz, hemşirelik, motivasyonel görüşme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği.



## ABSTRACT

### **The Effect of Motivational Interview on Menopausal Women on Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of Life**

**Aim:** The aim of this study is to determine the effect of motivational interviewing on menopausal women on healthy lifestyle behaviors and quality of life.

**Materials and Methods:** The study was conducted in a randomized controlled empirical research model.

As a result of the power analysis conducted before the study, the study was conducted with 136 women, 68 for experimental and 68 for control group. The research data were collected between January and June 2019 and the Descriptive Information Form, HPLPL II and MENQOL were used to obtain the data. Women in the experimental group received 6 sessions of Motivational Interview (MI) and 2 follow-up interviews in ASMs by the researcher. No intervention was applied to the women in the control group. In the analysis of the data, number, percentage, mean, standard deviation, chi-square, Bonferroni test, t test in independent groups and ANOVA test for repeated measures were performed.

**Findings:** HPLPL II in the experimental group, health responsibility, nutrition, spiritual development, interpersonal relationships, stress management sub-dimensions and scale total scores were found to be statistically significant between pre-test, mid-test and post-test groups and the mean score increased positively ( $p < 0.001$ ). MENQOL of the experimental group of women; a statistically significant difference was found between the vasomotor, psychosocial, physical and sexual domain sub-dimensions of the pre-test, mid-test and post-test groups ( $p < 0.05$ ). In addition, it was found that the mean post-test HPLPL II scores of the women in the experimental and control groups were statistically significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the mean scores of post-test MENQOL vasomotor, psychosocial, physical and sexual area of the women in the experimental and control groups was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Result:** MI applied to women in menopausal period was effective in increasing women's healthy lifestyle behaviors and menopausal quality of life.

**Key Words:** Menopause, nursing, motivational interview, healthy lifestyle behavior scale, menopause specific quality of life scale.

## SİMGELER VE KISALTMALAR

MG	:Motivasyonel Görüşme
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
FSH	: Folikül Stümüle Hormon
LH	: Luteinizan Hormon
ACOG	:Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
HDL	:Yüksek Yoğunlukta Lipoprotein
LDL	:Düşük Yoğunlukta Lipoprotein
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
SYBDÖ-II	:Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II
MÖYKÖ	:Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Science
HPLPL II	:Health Promoting Lifestyle Profile II
MENQOL	: The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Deney Grubu Girişim Şeması.....	24
Şekil 3.2. Akış Diyagramı .....	36



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 3.1.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 3.2.</b> Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler .....	34
<b>Tablo 4.1.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.2.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoza Yönelik Özelliklerinin Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.3.</b> Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Ön test, Ara Test, Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 4.4.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Ara Test, Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42

# 1. GİRİŞ

Kadın sağlığı, ailenin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ilişkili olması, halk sağlığı için önemli bir sorun oluşturması nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda ve uygulamasında öncelik taşımakta ve yaşam süreçlerine göre sağlık hizmetlerinin sunumu farklılık göstermektedir (1, 2). Son zamanlarda hızlı teknolojik gelişmeler her alanda olduğu gibi insanların sağlığını da etkilemiş, gerek tıbbi gerekse yaşam koşullarının iyileşmesi sonucundabeklenen yaşam süresi uzamıştır (3). TÜİK 2015 verilerine göre Türkiye’de kadınlar için doğuştan beklenen yaşam süresi 80,7 yıl (4) ve Türkiye’de ortalama menopoza gürölme yaşınının 45-47 arasında olduğu belirtilmektedir (5, 6, 7). Dolayısıyla kadınlar, yaşam döngülerinin üçte birlik gibi büyük bir bölümünü menopoza sonrası dönemde geçirmekte ve bu duruma paralel olarak menopozal dönemde karşılaşılacak sorunların önemi de artmaktadır (8). Menopoz döneminde azalmış östrojen üretimi çok çeşitli sistemik yan etkilere neden olabilmekte (5), erken dönem; vazomotor, psikolojik ve atrofik problemler gürölürken, geç dönemde ise kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve kas ve iskelet sistemi hastalıklarının gürölme oranlarında artış gürölmektedir (6, 9, 10). Bu dönemde gürölen sorunlar kadının menopoza yönelik tutumları ve sağlıkla ilgili yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmekte ve farklı düzeylerde olabilmektedir. Dolayısıyla kadınların yaşam kalitesinde değişiklikler meydana gelmektedir (10). Kadınların doğurganlık dönemi ve menopoz dönemindeki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen araştırma sonuçlarına göre menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam biçimi ve davranışlarınının doğurganlık dönemindeki kadınlara göre daha kötü olduğu bildirilmiştir (11).

Menopozal dönemde, kadınlar menopozal döneme adaptasyonları için sağlığı teşvik edici davranış stratejileri ve rollerini uygulama konusunda bilgilendirilmelidir (12, 13). Yapılan çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınlarda sağlığı geliştiren ve teşvik eden yaşam tarzı ile yaşam kaliteleri arasında olumlu yönde bir ilişki varlığı bildirilmiştir (14). Günümüzde, yaşam tarzını ve sağlıklı yaşam biçimini geliştirmek toplumların temel gereklilikleri arasındadır (12). Ana rahminden yaşlılığa kadar yaşamın her döneminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınının devamlılığı yadsınamaz bir gerekliliktir.

İran’da yapılan çalışmada gelişmekte olan ülkelerde orta yaş grubundaki kadınlar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşük oranlarda olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek için danışmanlık, eğitim gibi müdahale programlarına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (15). Sağlık davranışlarındaki değişimin, dış etkiye değil iç motivasyona dayandığına dair kanıtlar mevcut olup, bu bulgu, danışmanlık görüşmelerine, insan merkezli ve hedefe yönelik bir yaklaşım olan motive edici görüş kavramını getirmiştir (16). Son yıllarda özellikle uygun sağlık davranışları kazandırmak ve geliştirmek açısından etkili bir iletişim tekniği olan motivasyonel görüşme (MG) çalışmaları umut verici sonuçlar bildirmiştir (17). Yapılan son çalışmalarda davranış değişikliği ilkelerini içeren motivasyonel görüşme danışmanlığının, sedanter yaşamı ve depresif belirtileri azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede etkili olduğu belirtilmiştir (18). Hosseini ve ark.’nın epilepsi hastalarında yaşam kalitesini yükseltmede MG’nin etkinliğini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmalarında olumlu sonuçlar bulunduğu belirtilmiştir (19). Meta-analizlerde MG uygulaması ile aşırı kilolu bireylerde kilo kaybı konusunda istenilen sonuçlara ulaşıldığı belirtilmektedir (20). Etkinliği birçok çalışmayla ispatlanmış olan MG tekniği menopozal dönemde sağlığı teşvik edici davranışlar geliştirmede bu konuda alternatif tedavi arayışında olan kadınlar için rahatlıkla kullanılabilir bir danışmanlık yöntemi olarak görülmektedir (18, 19, 21, 22).

Motivasyonel Görüşme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmada ve geliştirici davranışların kazanılmasında tercih edilen bir iletişim tekniği olarak karşımıza çıkmaktadır (18, 19, 23). Menopozal dönem birçok farklı sağlık problemlerini ve yakınmayı içeren, kadının yaşam kalitesini etkileyen önemli bir yaşam dönemidir (11). Menopozal kadınların, sağlıklarını geliştirmek için uygun yöntemlerle onların sağlık gereksinimlerine destek ve danışmanlık yapılması gerekliliği açıktır. Özellikle menopozal döneme uyumun sağlanmasında ve sürecin istenilen düzeyde sürdürülmesinde önemli role sahip olan hemşireler tarafından yapılan danışmanlığın etkili olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın, kültürden kültüre görülme oranlarıyla değişiklik gösteren menopozal yakınmalar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmede, dolayısıyla kadınların yaşam kalitesini arttırmada yol gösterici olabileceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Hipotezleri**

**H0<sub>a</sub>:**Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemez.

**H1<sub>a</sub>:**Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler.

**H0<sub>b</sub>:**Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, menopoza özel yaşam kalitesini etkilemez.

**H1<sub>b</sub>:**Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, menopoza özel yaşam kalitesini etkiler.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Klimakterik Dönem ve Evreleri

Menopozal değişikliklerin olduğu ve üreme çağı ile senilite arasında kalan bu zaman dilimine klimakterik dönem/klimakteryum adı verilmektedir (5, 24). Kadın hayatında 40-45 yaşlarında klimakterik dönem başlar ve yaşlılık dönemi olarak tarif edilen seniyum'un başlangıcı olan 65 yaşına kadar devam eder (25). Bu dönem; premenopozal dönem, menopozal dönem, perimenopoz dönem ve postmenopozal dönem olmak üzere 4 evreyi kapsar (3).

**Premenopoz Evresi:** Klimakteriyumun ilk fazı olan premenopozda menstrual siklus düzeni bozulmuş ve kadının fertilité şansı azalmıştır (25). Menopozdan 2-6 yıl önceki dönemi içine alan premenopozda disfonksiyonel kanamalar, vasomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı, emosyonel rahatsızlıklar görülür (3, 26). Bu dönemde menstrüel siklus değişimleri nedeniyle istenmeyen gebelikler yaşanabilmekte ve ileri yaş gebeliklerin neden olabileceği sorunların yaşanmaması açısından kontrasepsiyon önem arz etmektedir (3).

**Menopoz Evresi:** Kadınlarda üreme fonksiyonları ilk menstrual kanama ile başlayıp menopozal dönem ile son bulmaktadır (5) ve menopoz ovaryumda başlatılan bir dizi değişikliğin sonucudur (24). Menopoz overlerde östrojen üretiminin belirgin azalmasıyla ovaryal fonksiyonların yitilmesi sonucunda adetın kalıcı olarak kesilmesidir (5, 24, 27). Menopozal geçiş sırasında östrojen seviyeleri azalır, FSH ve LH seviyeleri artar. Adet kanamasının 12 ay kesintisiz olması ovaryal aktivitenin kaybolduğunun kanıtı olarak kabul edilmektedir. TÜİK verilerine göre Türkiye'deki kadın nüfusunun 1/7'si menopozal dönemdedir ve menopoz genellikle 45-55 yaşları arasında görülmektedir (4, 8, 24). Dünyada ortalama doğal menopoz yaşının 52, Amerika'da ise 50-52 yaşlar arası olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de bu yaş 45-47'ye kadar düşmektedir (5, 6).

**Perimenopoz Evresi:** Premenopozal dönemi, menopozu ve menopozal dönemden sonraki ilk bir yılı kapsar (25). Baş ağrısı, sıcak basması, terleme, huzursuzluk, unutkanlık, yorgunluk gibi yakınmalar bu dönemde oldukça sık görülmektedir (3).



**Postmenopoz Evresi:** Menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsayan bu dönemde kadındaki overal aktivite tamamen durmuş ve üreme fonksiyonları ortadan kalkmıştır (26). Kadındaki overial hormonların azalması ile ilişkili olarak osteoporoz, kıllanma, ciltte buruşma/sarkma, idrar kaçırma ve vajinal atrofi gelişmesi görülür (25).

### 2.1.2. Menopoz Çeşitleri

Menopoz, başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre 2 şekilde sınıflandırılabilir.

#### Başlangıç Yaşına Göre

**Erken (Prematür) Menopoz:** Kadının 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle adetten kesilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Görülme nedenleri arasında oofektomi, uzun süre emzirme, şişmanlık, hipotroidizm, aşırı radyasyona maruz kalma gibi durumlar sayılmaktadır (28).

**Normal Menopoz:** Kadının adetten kesilmesinin ortalama 45-54 yaşları arasında olması olarak tanımlanmaktadır (29).

**Geç Menopoz:** Kadının 55 yaşının üzerinde olmasına rağmen adet kanamalarının devam etmesi geç menopoz olarak tanımlanmaktadır (29).

#### Oluş Biçimine Göre

**Doğal (Fizyolojik) Menopoz:** Kadında patolojik bir neden olmaksızın 12 ay boyunca menstruasyon kanamasının olmaması fizyolojik menopoz olarak tanımlanmaktadır (25).

**Cerrahi Menopoz:** Kadında görülen patolojik nedenler sonrası uygulanan bilateral oofektomi gibi cerrahi girişimler dolayısıyla overlerin alınması şeklinde görülen menopoz cerrahi menopoz olarak adlandırılmaktadır (30). Cerrahi uygulamalar ve diğer tedaviler sonucu oluşan cerrahi menopoz sonrasında kadınlarda beden imajı değişiklikleri ve cinsel sağlığa ilişkin daha fazla olumsuzluğun görüldüğü, beklenmedik bir süreçte ve erken yaşta menopoza girmenin yakınmaların şiddetini artırdığı ve süreci daha karmaşık bir hale getirdiği vurgulanmaktadır (31).

### 2.1.3. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler

Kadın hayatı, her biri kendine özel fiziksel, psikolojik ve hormonal değişiklikler gösteren çocukluk dönemi, ergenlik dönemi, cinsel olgunluk dönemi, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş farklı dönemi içermektedir (3, 29). Menopozal dönem doğal

değişikliklerin bir sonucu olarak özel problemler içeren, kadınların sosyo-kültürel, fizyolojik, psikolojik ve cinsel yönden etkilenmesine neden olan, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen fizyolojik bir süreçtir (5, 30, 32).

Kadında reprodüktifsiklus uzunluğundaki ve sıklığındaki değişikliklerle FSH ve LH'nin plazma konsantrasyonlarında eş zamanlı değişikliklere neden olur. Foliküler maturasyonu uyarmak için daha fazla FSH uyarımı gerekmektedir. Otuzlu yaşların başında FSH normal aralığı 6-10 IU/L'den 14-24 IU/L seviyelerine yükselir. Bu dönemde kadında östrojen seviyelerindeki azalmanın belirtileri olarak, düzensiz anovulatuvar kanamalar ve hoş olmayan semptomlar ortaya çıkmaya başlamaktadır (5). Ovaryumlardaki foliküllerin tükenmesi ile östrojen üretimi durmakta ve overlerde atrofi meydana gelmektedir. Tüm bu değişiklikler sonucunda üreme siklusu ortadan kalkmakta ve menopoza görülmektedir (28).

Menopozal dönemde yaşanan kısa süreli sorunlar; vazomotor (sıcak basması, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı hissi, mide bulantısı), psikolojik (anksiyete, irritabilite, depresyon, iştahsızlık, uykusuzluk, unutkanlık) ve atrofik (vajinal kuruluk, dispepsi, üretralsendrom, ciltte kuruluk, tırnaklarda kırılma) değişikliklerdir. Menopozal dönemde yaşanan uzun süreli sorunlar ise kardiyovasküler hastalıklar ve kas ve iskelet sistemi hastalıklarıdır (9).

### **Vazomotor Değişiklikler**

Vazomotor yakınmalar menopoza geçiş sürecinde kadınların birçoğunu etkiler, yakınmanın şiddeti, sıklığı ve süresi kadınlar arasında büyük farklılıklar gösterir (33). Menopozal dönemde görülen semptomlara bakıldığında dönemin en karakteristik bulgusu sıcak basması ve gece terlemesidir. Vazomotor yakınmalar menopoza geçiş döneminde ve erken postmenopozal dönemde kadınların %60-90'ında görülmekte ve kadınların günlük yaşamlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (6, 24, 29, 33-35).

Yüzde kızarma, gece terlemesi ve sıcak basması olarak bilinen ve genel de sıcak basması olarak adlandırılan vazomotor duyarlılık ya da sıcak basmaları östrojen miktarında azalma ve LH'nin aniden yükseldiği döneme rastlar ve vücut yüzeyinden ölçülebilir bir sıcaklık artışı olurken temel vücut ısısında azalma söz konusu olur (24, 34). Sıcak basması reprodüktifsiklus uzunluğundaki ve sıklığındaki değişimlerle aynı

zamanda, azalan over fonksiyonunun genellikle ilk fiziksel belirtisi olarak karşımıza çıkmaktadır (24).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) 2014 bülteninde vazomotorsemptomların yönetimi ile ilgili olarak östrojen ve östrojenle birlikte progesteron kullanımının vazomotor semptomlar üzerinde A kanıt düzeyinde etkili bir yöntem olduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde vazomotor semptomların yönetimi için düşük ortam sıcaklığı, uygun giyinme, soğuk içecekler tüketme gibi uygulamalar önerilmekte, hormon replasman tedavisi kullanımının bireyselleştirilerek ve risk/yarar dengesi gözetilerek kullanımı önerilmektedir (28, 36). Yapılan çalışmalarda egzersiz ile vazomotoryakınmalar arasında farklı sonuçlar elde edilmekle birlikte genel olarak yakınmaların azaldığı bildirilmiştir (37). Ayrıca E vitamini kullanımının, soyalı ürünlerin, karayılan otu, sarı kantaron bitkilerinin tüketiminin, akupunktur, yoga, refleksoloji gibi uygulamaların vazomotor yakınmalar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (38-41).

### **Uyku ile İlgili Değişiklikler**

Azalan östrojendüzeyleri menopozal kadının uyku siklusunda değişikliğe neden olarak rahat bir uyku uyumayı zorlaştırır (5). Menopozal dönemde vücuttaki östrojen miktarının azalması sonucunda düzenli uyku üzerinde önemli rolü olan serotonin metabolizması azalarak uyku sorunlarına neden olabilir (28). Yaşla birlikte uykunun 3.(derin uykunun erken fazı) ve 4. (derin uyku ve gevşeme) fazı azalır ve kısa aralıklarla uyanmalar söz konusu olur (5, 24). Uyku aralığındaki değişiklikler sıcak basması ve gece terlemelerinin sonucu olabilmekle birlikte menopozun en yaygın ve en rahatsız edici etkilerinden biridir (5, 9, 24, 28). Yapılan çalışmalarda yoga, gevşeme egzersizleri, akupunktur ve akupres, fiziksel aktivite, masaj gibi uygulamaların olumlu uyku davranışı geliştirmede ve kadınların yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir (42, 43).

### **Emosyonel Değişiklikler**

Bu dönemdeki fizyolojik ve biyokimyasal değişmeler, orta yaş stresi ve kültürel özellikler kadındaki emosyonel dengeyi etkilemektedir. Kadında en sık görülen rahatsızlıklar, sinirlilik, inişli-çıkışlı duygusal durum, anksiyete, depresyon, hafıza kaybı, ağlama nöbetleri ve ajitasyondur (5, 26). Östrojenin azalmasına bağlı olarak serotonin metabolizmasında oluşan değişimin depresyona yol açtığı bilinmektedir (3,

26, 33, 35). Ayrıca östrojen eksikliğine bağlı olarak oluşan vazomotor semptomlar da psikolojik rahatsızlıklara zemin hazırlayabilmektedir. Bunun ötesinde orta yaş dönemindeki kadın, adölesan olan çocuklarıyla baş etme ve çocukların evden ayrılması, yaşlanmış anne/babanın bakım ihtiyacı, aile bireylerinin kaybı, yoksulluk, eşden ayrılma gibi sebepler kadının yaşadığı stresi daha da çok arttırmaktadır. Batı ülkelerindeki kadınlar, yaşlanmayla birlikte statü ve rol kaybından dolayı stres yaşamakta, Hindistan ve Uzakdoğu gibi ülkelerde yaşayan kadınlarda, yaşlılıkla birlikte toplumda saygın bir statü kazandıklarından depresyon daha az görülmektedir. Kültürümüzde ise yaşın ilerlemesi kadına, ailesi ve toplum içinde statü kazandırmaktadır (3, 25).

### **Cinsel Değişiklikler**

Menopoz döneminde cinsel sağlık, kişisel özelliklerden, östrojen ve androjen miktarının ciddi oranda azalmasına, kronik sağlık sorunlarından, fiziksel sınırlılıklara, davranış kalıpları ve sosyal değerlerden, kişiler arası etmenlere kadar farklı birçok unsurdan etkilenir (28, 44). Menopozal dönem öncesi ve sonrası kadınların cinsel fonksiyonlarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada menopoz öncesi kadınların %45.6'sının, menopoz sonrası kadınların ise %92.5'inin kadın cinsel işlev bozukluğu yaşadığı ve menopozun kadınlarda cinsel işlev bozukluğu için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (45). Bu dönemde düzenli cinsel aktivitenin sürdürülmesi ve eşler arası iletişimin artırılması, vajinal lubrikanlar, vajinal nemlendiriciler, düşük dozajlı vajinal östrojen kremler, halka terapisi veya vajinal tablet, kegel egzersizleri ve yoga gibi önerilerde bulunmaktadır (44).

### **Cilt, Saç ve Deri Değişiklikleri**

Östrojenin azalmasına bağlı olarak hiperpigmentasyon yanında kollajen bağ dokusu ve elastik lifler azalır ve subkutan yağ dokusunun atrofisi ile deri turgorunda bozulma ortaya çıkar. Bu değişiklikler ciltte kuruluk, buruşma, kırışma, memelerde sarkma, saç/kıllı bölgelerde beyazlamalar gibi şikayetlere ve dolayısı ile kadının özgüven ve öz saygısının zedelenmesine neden olur. Tırnaklar, östrojen azalması ile daha ince ve kırılabilir hale gelir (5, 24, 28). Ayrıca deri kanser insidansının 50 yaşından sonra artış gösterdiği bilinmektedir (24). Sağlıklı beslenme, egzersiz, bol su içilmesi, lipozom içeren kozmetik ürünlerin kullanımı, yaşa daha uygun giysilerin tercihi, yeni saç kesimi gibi uygulamaların önemi göz önünde bulundurulmalıdır (25, 28).

## **Ürogenital Değişiklikler**

Menopozal dönemde atrofik değişikliklerin etkileri genellikle üreme sistemi ve üriner sistemde meydana gelmektedir. Östrojen miktarının azalması ile oluşan atrofik değişikliklerden biri olan ürogenital yakınmalar menopozal kadınlar arasında çok sık görülen sorunlardan biridir (46). Kadınlar bu dönemde vulvada pruritis, dizüri, sık idrara çıkma, üriner inkontinans ve üriner sistem enfeksiyonları, konstipasyon, libidoda azalma, yetersiz ve geç uyarılma, orgazm olamama, disparoni, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, cinsel ilişki sıklığında azalma ve seksüel aktivite esnasında üriner inkontinans gibi problemler yaşamaktadırlar (3, 26, 47). Yapılan çalışmalarda östrodiol içeren vajinal halka kullanımının cinsel ilişki sırasında meydana gelen vajinal kuruluğu ve ağrıyı azalttığı belirtilmiştir. Disparoniyi önlemede suda eriyen yağların (hindistan cevizi yağı gibi) kullanımı önerilmektedir. Ayrıca hidroklorik asit, vitamin E ve A içeren vajinal tabletlerin kullanımının da vajinal atrofiye bağlı semptomları azalttığı saptanmıştır (9, 25, 46).

## **Kardiyovasküler Değişiklikler**

Perimenopozal dönemle birlikte kardiyovasküler lipid profili değişmekte ve bu değişiklikler nedeniyle kadınların kalp-damar hastalıklarına yakalanma riskleri artmaktadır (5). Östrojen yetersizliği sonucu artan total kolesterol koroner kalp hastalığı için önemli bir risk oluşturur. Bu dönemde serumda yüksek yoğunlukta lipoprotein (HDL) düzeyi azalır ve düşük yoğunlukta lipoprotein (LDL) düzeyi artar. LDL artışı, kolestorel birikimine neden olarak, damarlarda arteroskleroz gelişmesine yol açar (5, 26). Bu dönemde yaş, erken menopoz, genetik öykü, diyabet, hipertansiyon ve sigara kullanımının kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Kadınlar sigara kullanmama, sağlıklı beslenme, egzersiz gibi konularda desteklenmelidir (25).

## **Gastrointestinal Değişiklikler**

Bu dönemde yaşla birlikte gastrointestinal sistemde değişiklik olsada yiyeceklerin doğru biçimde çiğnenmesi konusu ele alınmalıdır. Östrojen eksikliği diş etlerinde atrofik değişikliklere neden olabilir ve çiğneme etkilenir. Kötü diş hijyeni, diş hastalıkları ve çiğneme problemlerine neden olabilir. Yaşla birlikte midedeki Hidroklorik Asit seviyesi düşer, peristaltik hareket, boşalma süresi ve belirli maddelerin (B vitamini, demir, kalsiyum) absorpsiyonu azalır (24).

## **Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri**

Menopozal dönemle birlikte ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ilişkin yakınmalar kas/eklem ağrıları, hareketlerde azalma, vücut hacminde ve tüm motor hareketlerde düşüş şeklinde görülmektedir (3). Kemik mineral kaybı (Osteoporoz) yaşlanmanın doğal bir sonucudur. Bu durum hem kadınlarda hemde erkeklerde görülmesine rağmen over fonksiyonunun durmasından sonra mineral kaybı hızlandığı için kadınlarda erkeklere göre 15-20 yıl daha erken gerçekleşir (5). Osteoporoz kemiklerde kırılma riskini artırır. Uzun kemikler, kalça ve vertebra kırıklarının en sık görüldüğü bölgelerdir (9). Kadınların osteoporozdan korunmak için daha çok alternatif tedavi yöntemlerini tercih ettiği, düzenli fiziksel aktivitenin ve soya ürünleri tüketmenin yakınmalar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Günde en az 30dk yürüyüş gibi aktivitelerin yapılması, östrojene ek olarak kombine kalsiyum tedavisi, D vitamini desteği, prebiyotik tüketimi, vitamin A ve E alımı osteoporozun önlenmesinde ve tedavisinde önerilmektedir (5, 9, 46, 48, 49).

### **2.1.4. Çevresel ve Yaşam Biçimi Değişiklikleri**

Menopoz tedavisinde kullanılan çok sayıda non-farmakolojik tedavi yöntemi vardır. Östrojen agonisti ve antagonist olan fitoöstrojenler, soya ve ürünlerinde, kırmızı yonca, keten tohumu, melek otu (Dong Quai) kökü ekstresinde bulunmaktadır (9, 26). Yapılan çalışmalarda fitoöstrojenlerin vazomotor semptomlarda, anksiyeteyi gidermede yardımcı olduğu, kemik mineral yoğunluğunu artırdığı ve kemik erimesini önlediği yönünde sonuçlar alınmıştır (39, 50, 51). Vücutta antioksidan etkisiyle bilinen ve yağda çözünen E vitamininin menopozal dönemdeki kadınlarda sıcak basmalarını azalttığı gözlenmiştir (40, 47). Yer elmasından türetilen fitoprogesterinlerin ise progesteron yerine kullanılabileceği ileri sürülmektedir (26). Ayrıca menopozal kadın için kendi kendine yardım gruplarına katılma, meditasyon, yoga, refleksoloji, masaj, akupunktur, akupres gibi günlük yaşam içine yerleştirilen alternatif tıp yöntemlerinin genel sağlığın ilerletilmesine ve menopozal sağlık sorunlarının sağaltımına katkısı önemli düzeydedir (9, 41, 52).

## 2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

“Bireyin sağlığını etkileyebilen bütün davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna ve statüsüne uygun davranışları seçmesi”sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanmaktadır (21, 53). Bireylerin yaşam tarzları sağlıklarıyla doğrudan ilişkili olmakla birlikte bu davranışları alışkanlık şekline dönüştüren birey sağlıklı olabilir ve sağlığını geliştirebilir. Hastalıkların önlenmesi de bu davranışlarla doğrudan bağlantılıdır (21, 54).“Bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması”ise sağlığın geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. DSÖ sağlık hizmetlerinin odağını hastalıktan korunma/önlenme ve sağlığın teşviki olarak değiştirmiştir (21). Sağlığı geliştirici davranışların kullanılması hastalıklardan korunmada, erken tanı yöntemlerinin kullanılmasında ve sağlığın sürdürülmesinde temel oluşturmaktadır (55, 56). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ise, bireyleri fiziksel, zihinsel ve ruhsal faaliyetlerde bulunmaya teşvik eden tüm başlıkları içermektedir (21). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel amacı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sağlamaktır (57). Sağlıklı yaşam tarzlarının kişilerce erken uygulamaya geçirilmesi sağlık açısından önemlidir (58). DSÖ verileri kişilerin sağlıkla ilgili kalitelerinin %60'ının bireylerin tutum ve yaşam şekillerinden kaynaklandığı belirtirken, gelişmiş ülkelerde meydana gelen ölümlerin %70-80'indenve gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinden bireylerin yaşam tarzına bağlıolarak ortaya çıkan hastalıkların sorumlu olduğunu bildirmiştir(14, 59). Sağlığı geliştirici davranışlar, bireylerin sağlığını koruyabilmeleri ve kontrol edebilmelerinin en iyi yollarından biridir (14). Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini başlıklarını içermektedir (10, 55).

**Manevi Gelişim**, bireyin iç kaynaklarının geliştirilmesi üzerine yoğunlaşır. İlişki kurma ve gelişme ile gerçekleşebilir. İlişki kurma, bireyin evrenle ilişkide olması ve uyum içinde olduğunu hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Gelişme, bireyin yaşamındaki gayeler için çalışması ve iyi olma konusunda gücünü en üst seviyeye çıkarmasıdır (55). Manevi gelişim, bireylerin kendisinin ve varoluşlarının ötesindeki güçtür. Farklı bir tanımıyla, hem fiziksel boyutu kapsar hem de onun ötesindeki bireysel farkındalıktır. Dolayısıyla bireyin, yaşamın amacını ve anlamını yakaladığı yer onun manevi gelişim alanını oluşturmaktadır. İnsanın manevi yanıduygusal, fiziksel ve sosyal yanı kadar önemlidir ve bu boyutların hepsiyle ilişkilidir. Bireylerin hastalık ve sağlık

davranışlarını sorgulamalarında, zorlukların üstesinden gelebilme becerisi kazanmalarında, değişimlere uyum sağlamalarında, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmalarında manevi gelişimin olumlu yönde etkisi olduğu bilinmektedir (53).

**Sağlık Sorumluluğu**, fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik durumunun korunması ve geliştirilmesi için kişilerin üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmesidir. Her birey kendi sağlığından sorumludur. Hastalıklardan korunmada temel olan unsur kişilerin bireysel olarak alacakları önlemlerdir (60). Diğer tanıma göre ise sağlık sorumluluğu, zamanında medikal bakım, testlerin düzenli yaptırılması, düzenli ağız bakımı, ilaçların doğru kullanımı, hastalık sürecinde doğru adımları izleyebilmek, sağlık sistemini doğru şekilde kullanmak, kilo kontrolünü sağlamak olarak belirtilmektedir (54).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyleri:

- ✓ Bireyin sağlığı ile ilgili sapmalar ve değişiklikler olabileceği, bu durumu fark edebilmesi için vücudunu ve kendini tanıması gerekliliği ve yaşanan sorunda sağlık kuruluşuna başvurması,
- ✓ Tıbbi kontrolleri ve tetkikleri düzenli olarak yaptırması,
- ✓ Sağlıkla ilgili konularda yeniliklere açık olması,
- ✓ Sağlığını sürdürmesi, koruması ve gerekli önlemleri alması olarak belirtilmektedir (53).

**Fiziksel Aktivite**, vücudun fonksiyonel işlevleri ile ilişkilidir. Bu boyut fiziksel uygunluğun sağlık ile ilişkisi, kas gücü, kas dayanıklılığı, kardiyovasküler dayanıklılık, esneklik, vücut kompozisyonu bileşenlerini içerir (54). Bu tanıma sportifetkinliklerle birlikte egzersiz, işyeri fizik aktiviteleri, ev ve bahçe işleride dahil edilmektedir (61). Fiziksel aktivite bireylere ekonomik açıdan fazla yük getirmeyen ve bunun yanı sıra insan sağlığı üzerinde yüksek düzeyde olumlu etkiye sahip korunma yöntemi olarak görülebilir. Bireylerin düzenli şekilde fiziksel aktivite yapması, toplumun genel sağlık durumu üzerinde de olumlu yansımalar yapacaktır (62). Fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılması, sağlıklı büyüme ve gelişmede, karakter gelişiminde, istenmeyen kötü alışkanlıkların engellenmesinde, sosyal ilişkileri geliştirmede, kronik hastalıklardan korunmada veya hastalıkların tedavisinde, yaşlı bireylerin etkin bir yaşlılık dönemi geçirmelerinde özetle; hayat boyunca yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli farklılıklar oluşturabilmektedir (53).

**Beslenme**, “Her yaş grubu için önemli olan ve çevresel etmenlerin başında gelen beslenme, büyüme/gelişme, sağlığın korunması ve hayatın sürdürülmesi için besinlerin



kullanılması” olarak tanımlanmaktadır (63). Duygusal, fiziksel, sosyal ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın temel bileşenlerden biri “yeteri kadar, dengeli ve sağlıklı beslenme”dir (64). Beslenme alışkanlıkları ve bazı hastalıklar arasında güçlü bir ilişki olup bireylerin sağlıklı olabilmeleri açısından besin öğelerini yeterli ve dengeli olarak tüketmeleri gerekmektedir. Besin öğelerinden herhangi biri veya birkaçı alınmadığında, fazla yada yetersiz alınması durumunda büyüme ve gelişmenin engellendiği, sağlıkla ilgili parametrelerin bozulduğu bilimsel çalışmalarla belirtilmiştir (65). Son yıllarda yapılan çalışmalar sağlıklı yaşam için doğru beslenme uygulamalarının gerekli olduğunu açıkça ortaya koymuş bulunmaktadır (64).

**Kişilerarası İlişkiler**, bireylerin yakınları ile iletişimini ve iletişimdeki süreklilik düzeyini göstermektedir (55). Her insan toplum içerisindeki diğer insanlarla iletişim kurmak zorundadır (54). Kişilerarası ilişkilerin doğru şekilde kurulabilmesi, sürdürülebilmesi ve bu durumdan doyum alınabilmesi için kişilerin birbirleri ile duygu, düşünce ve isteklerini paylaşabilmeleri beklenir (66). Kişilerarası ilişkilerin yetersiz düzeyde olması bireylerde yalnızlık, aile bireyleri arasında sorunlar, mesleki yetersizlik, doyumsuzluk hissi, stres, fiziksel hastalıklar gibi birçok yaşamsal alanda olumsuz etkilere neden olmaktadır (67). Yakın arkadaşlar, yakın aile ilişkileri, gönüllülük, toplumsal katılım ve ilişkilerde güven kavramları yüksek düzeyde iyi oluşu ifade eden kavramlardır. Bunların aksine toplumsal izolasyon ve yalnızlaşma duyguları hastalıklı bir sürecin ve yaşam tarzının habercisi olarak karşımıza çıkmaktadır (54).

**Stres Yönetimi**, Stres, “insanların birtakım içsel ya da dışsal etmenlerin etkisinde kalarak yapısal bozukluğa uğraması” olarak tanımlanmaktadır. Farklı bir tanımıyla ise stres, bireyin sosyal ve fiziksel ortamdan kaynaklanan uygunsuz şartlar dolayısıyla, bireyin bedensel ve psikolojik sınırlarının zorlanması ve bu nedenle de kişilerin kapasitelerinin üzerinde çaba sarf etmesidir (68). Stres yönetimi ise bireyi baskı altında tutan etkenle karşı karşıya kaldığında doğru ve etkili başatma yöntemi kullanarak, stresin en aza indirilmesini sağlamak olarak ifade edilmektedir (69). Bireylerin stres faktörleri ve strese karşı verdiği cevaplar farklılık göstermektedir (53). Bu süreç, bireyin olumlu veya olumsuz çabalarının bütünüdür. Stres yönetimi, koşulları yönetme, strese neden olan durumlardan uzak durma, gevşeme yöntemleri, vücut egzersizleri, sosyal faaliyetlere katılım, davranış değişikliği geliştirme, kişisel veya kişilerarası problemleri çözmek için çaba sarfetme ve bireyin zihinsel, davranışsal olarak dengeli, kaliteli yaşam sürmesini sağlayan teknikleri içermektedir (53, 69).

### 2.3. Yaşam Kalitesi

Daha önceleri yaşam kalitesi kavramı gelir düzeyi düşük ve geri kalmış toplumların sorunu olarak görülmekle birlikte 1960-1970 yıllarında felsefeciler, sosyal bilimciler ve politikacılar yaşam kalitesi ve yaşam standartları kavramları ile ilgilenmeye başladılar (70). Günümüzde ise sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan geleneksel göstergeler (beklenen yaşam süresi, hastalık, ölüm gibi) kişilerin sağlık düzeyini tanımlamada yetersiz kalmakta ve bu durumdan yola çıkılarak kişilerin sağlık durumlarının ötesinde, kişilerin iyilik halini de kapsayan yaşam kalitesi kavramı ile duruma netlik kazandırılmaya çalışılmaktadır (71). Bugün toplumların ulaşmaya çalıştığı en önemlilerden birisi olan yaşam kalitesi, Maslow'un temel ihtiyaçlar hiyerarşisi piramidi ile ilişkilendirilmekte ve bireysel ihtiyaçların niceliğinin yanında niteliği (kalitesi) ile de ilgilenmektedir. Yaşam kalitesinde bireyin yaşam süresinin uzunluğu yerine bu sürenin kalitesi, gelirin iyi olmasından ziyade gelir düzeyinin kişiyi tatmin etmesi gibi konular üzerinde durulmaktadır (72).

Son zamanlarda farklı bilim dallarında oldukça yoğun kullanılan ve çok boyutlu (fiziksel, ruhsal alan ve sosyal aktivite) bir kavram olan, "Yaşam Kalitesi"ni tanımlamak epeyce zordur (73, 74). Bazı kaynaklarda yaşam kalitesi "bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum" olarak tanımlanırken (71), DSÖ yaşam kalitesini "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde, amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları alanında hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları" olarak tanımlamaktadır (75, 76).

Yaşam kalitesi kavramı, dinamik bir nitelik taşıması ve sürekli gelişim içeriyor olması nedeniyle çok yönlü özellikler taşımaktadır. Genel olarak bireysel "iyi oluş" olarak tanımlanan yaşam kalitesi sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenler olmak üzere bazı temel alanlardan etkilenmektedir (76). Yaşam kalitesi kavramı birey üzerinde ki tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Buna bağlı olarak, yaşam kalitesi bireysel hareketlilik, kişiler arası ilişkiler, cinsiyet, yaş, medeni durum, sağlık durumu, depresyon, ilaçlara bağımlılık, intellektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, kişisel inançlar, iş yaşamı, sosyal destek, günlük yaşam aktiviteleri gibi birçok göstergelyi içermektedir (72, 76). Yaşam kalitesi objektif ve sübjektif göstergeler olmak üzere iki şekilde incelenmektedir (72). Fonksiyonel normlar ve yaşam tarzıyaşam kalitesinin objektif göstergelerini yansıtırken, kişinin yaşamı hakkındaki duyguları,

beklentilerinden etkilenmesi, önceki tecrübeleri ve mevcut şartlarını algılaması subjektif göstergeler olarak tanımlanmaktadır (70).

### **2.3.1. Menopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi**

Dünya çapında orta yaşta kadınların genel sağlık durumu ve refah düzeyleri önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmekte ve kadınların menopoza girdikleri yıllarda %80'inden fazlasının çeşitli problemler yaşadıkları ve bu durumun yaşam kalitelerinde bir düşüşe yol açtığı bilinmektedir (77). Menopoz döneminde hormonal değişimlere bağlı olarak vazomotor yakınmalardan emosyonel belirtilere, cinsel fonksiyon değişikliklerinden kas-iskelet sistemi sorunlarına kadar farklı vücut sistemleriyle ilişkili belirtiler ortaya çıkabilmekte, kadının aile ve iş yaşamında, benlik algısında değişimler meydana gelebilmektedir (12, 71). Yapılan birçok çalışma, menopozal dönemdeki kadınlar arasında genel yaşam kalitesi, menopoz semptomları ve cinsel fonksiyonlar arasında ilişki olduğunu belirtmektedir (78).

Kadınlar arasında fizyolojik ve psikososyal değişiklikler farklı şiddette ve sürede yaşanmakta olup, beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınların yaşlanma ile ilgili kaygıları, doğurganlık yeteneklerinin kaybı, beden imajındaki değişiklikler, yaşanan sağlık sorunları, sosyal ve sembolik anlamlarla birleşerek yaşam kalitesini düşürmektedir (12, 79). Yapılan çalışmalarda menopozal dönemin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir. Kadınların menopozal dönemde yaşadığı vazomotor semptomların günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (34). Zivdir ve Sohbet'in 500 kadınla yaptığı çalışmaya göre, menopozal dönemde algılanan utanç ve suçluluk duygusu arttıkça, kadınların yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (1). Başka bir araştırmada ise menopozal dönemde görülen yakınmaların kadınların beden, ruh sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (80).

Aynı toplum içinde bile kadınların, deneyimlerine paralel olarak menopozu algılama şekillerinin farklı olduğu, menopozda yaşadıkları deneyimle birlikte yaşam kalitelerinin de etkilendiği bilinmektedir (81). Kadınlar, bu dönemi herhangi bir fizyolojik veya psikolojik sorun yaşamadan geçirebilecekleri gibi, menopozal yakınmaları sık yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin negatif yönde etkilenebileceği bir dönem olarak da geçirebilirler (28).

Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin korunması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi sağlık alanındaki önemli hedeflerden biridir (12). Yapılan

çalışmalarla farkındalık yaratma ve menopoz semptomlarının erken teşhisinde kadınlara yardımcı olunabileceği belirtilmektedir (77).

## **2.4. Motivasyonel Görüşme**

Motivasyonel görüşme (MG), kararsızlığın çözümü yoluyla motivasyonu artıran etkili bir danışma yöntemidir (22). 1983 yılında ilk kez tanımlanmış olan MG yöntemi, ilk başta alkol sorunu yaşayan bireylerin motivasyonunu değiştirmek amacıyla kullanılan kısa süreli bir müdahale yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Miller ve Rollnick tarafından yapılan tanımıyla MG; hasta kişilerin problemlerini keşfetmelerine ve çözmelerine yardım ederek davranışsal değişimler sağlamak için öneri verilen danışan merkezli bir görüşme biçimidir (82). Değişik sağlık problemlerinde 1990 yılından itibaren, özellikle kronik sağlık sorunlarında, davranış değişikliği oluşturmada önemli bir yere sahiptir (83-86). MG davranış ve tutumu değiştirme ile ilgili iletişime odaklı bir görüşme yöntemidir (87).

### **2.4.1. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri**

İlk olarak William Miller tarafından sözü edilmiş olan MG tekniğinin temel ilkeleri şu şekilde açıklanmaktadır (82).

#### **Empati göstermek**

Burada kişilerin hissettiklerini ve bakış açılarını yargılamadan, eleştiri yapmanın tersine sıcak, destekleyici, saygı duyan bir yaklaşım tarzı benimsenmektedir. Danışmanın bunu uygulaması, danışanla aynı fikre sahip olduğu anlamına gelmemekle birlikte başkasının anlatmaya çalıştıklarının ne olduğunu anlamaya çalışma esasına dayanmaktadır. Bu uygulama farklı düşünen ve davranan bireylerin kabullenilmesini içermektedir. Yansıtımlı dinleme yönteminin etkin bir biçimde kullanılması empati gösterilmesinde esas noktadır (88).

#### **Çelişki geliştirmek**

MG sırasında bireyin, şimdiki değer yargıları ile amaçları arasında oluşan çelişkileri görmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Kişilerde çelişki geliştirmek için danışanlara “gelecekte kendilerini nasıl görmek istedikleri” sorusu yöneltilerek, buldukları yer ile olmak istedikleri yer arasındaki çelişkiyi anlamaları sağlanmalıdır (89).

## **Direnci çözmek**

Değişim aşamasında direnç, beklenen bir süreçtir ve kişilerin değişime karşı oldukları anlamına gelmez. Motivasyonel görüşme danışan ve danışman arasında bir mücadele olmayıp, kaybeden veya kazanan yoktur. Danışmana düşen danışana değişim yönünde yeni bir bakış açısı, yeni bir ivme kazandırmaktır (87, 90).

## **Öz yeterliliği desteklemek**

Öz yeterlilik algısı, bireyin herhangi bir konuda sorumluluklarını yerine getirme ya da başarma noktasında kendisine duyduğu inancı ifade eder. Değişme sorumluluğu tamamen bireyin kendisine aittir ve danışmanın görevi burada sadece değişim sürecini kolaylaştırmaktır. Ancak danışanın değişime yönelik hiçbir çabası ve ümidi yoksa değişim gerçekleşemez. Bu nedenle MG sırasında danışanların öz güvenlerini artırarak değişimin zorluklarını aşabileceklerine inanmalarını sağlamak önemli bir noktadır (89).

### **2.4.2. Motivasyonel Görüşme Uygulaması**

#### **Motivasyonel Görüşme Uygulama Basamakları**

MG'nin özellikle ilk aşamalarında hastaların istedik yönde değişmeye dair motivasyonlarını arttırmaya odaklanılır. Bu süreçte MG'nin dört temel tekniği olan;

- Empati gösterme,
- Çelişki geliştirme,
- Direnci çözme,
- Öz yeterliliği destekleme kullanılarak hastaların yaşadığı semptomları hafifleterek yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenilmektedir (88, 91).

Motivasyonel görüşmelerde beş yöntem kullanılmaktadır. Bunlar açık uçlu sorular yöneltmek, özellikle yansıtıcı dinleme yapma, özetleme, kabullenme ve değişimi konuşma şeklindedir. Değişimi konuşmak için kullanılacak yöntemler arasında açıklayıcı sorular sormak, durumu ayrıntılandırmak, uç noktaları sorgulamak, geleceğe bakmak, hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak uygulanacak aşamaları oluşturmaktadır. Bireylerin değişim sürecini üstlenmeleri konusunda gelinen noktayla ilgili değerlendirme yapma, sorun ve değişimi özetleme yöntemine gidilmektedir. Anahtar sorularla gerektiğinde bilgi ve tavsiye verilebilir (82, 91).

MG Yönteminde ilk aşama değişim için motivasyon kurulmasıdır. Bunun için ilk adım Önemlilik ve Güven-Yeterlilik konusunda cetvelin uygulanması ve değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu amaçla 0 ile 10 arasında bir derecelendirme cetveli kullanılarak değerlendirme yapılmaktadır. Cetvel üzerinde 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli” olarak derecelendirilmektedir.

MG uygulamalarında ilk aşamada danışanın konuya verdiği önemliliğin öğrenilmesi ile başlanılmaktadır. Bu amaçla “... *Bu konu sizin için ne kadar önemli?*” sorusu sorularak danışanın verdiği puan 0’dan 10’a kadar bir cetvel üzerinde işaretlenmektedir. Danışanın kendini çok düşük derecelendirmesi söz konusu ise “*neden 4 değil 1*” veya “*4 değil 7 olması için ne gerekir*” diye sorularak danışan için değişimin önemi araştırılmaktadır. Derecelendirmede danışanın 5’i işaretlemesi durumunda derecelendirmenin artı ve eksi yönleri tartışılmaktadır.

MG’nin diğer bir bileşenide güven ve yeterlilik konusunda kişinin kendini değerlendirmesidir. Danışanlardan önemlilik testinde olduğu gibi 0’dan 10’a kadar bir cetvel derecelendirmesi yapmaları istenmektedir. Cetvelde 0 “*hiç güvenmiyorum*” ve 10 “*çok güveniyorum*” şeklinde ifade edilmektedir. Danışana kendini hangi dereceyi uygun gördüğü sorularak ve “*Eğer...düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz?*” sorusu yöneltilmektedir. Aynı şekilde danışanın soruya verdiği dereceye göre artı ve eksileri tartışılarak, geçmiş deneyimleri gündeme getirilir ve danışan değişim için yüreklendirilir. Önemliliğe ilişkin verilen puanın düşük olması durumunda o konunun üstüne odaklanmak doğru olacaktır. Danışana uygulanan önemlilik ve güven-yeterlilik cetvelleri arasında derecelendirmede ciddi bir farklılık olması durumunda düşük olan üzerine odaklanılmaktadır. Önemlilik ve güven-yeterlilik derecelendirmesinin eşit olması durumunda ise önemlilikten başlanılmalıdır (88, 90, 92).

MG destekli görüşme planı içeriği aşağıdaki şekilde yapılandırılmaktadır.

- MG destekli danışmanlık için destekleyici ve uygun ortam oluşturulması.
- Danışmanlık yapılması planlanan konuya yönelik önem testinin danışanlara uygulanması.
- Danışanlara açık uçlu sorular sorulması.
- Danışanlarla birlikte konu üzerindeki engelleri ve bu konudaki engelleri nasıl aşabileceklerini keşfetmesini sağlama

- Danışanlara konu üzerinde kendi çözümlerini bulmalarına destek olma.
- Konu hakkındaki çelişkilerin ortaya çıkarılması.
- Çift taraflı yansıtma tekniğinin uygulanması.
- Konu ile ilgili pratik bilgiler konusunda eğitim gereçleri ve yöntemlerinin uygulanması ve bilgi paylaşımının sağlanması.
- Konu ile ilgili güven testinin uygulanması, danışanın kendi öz-etkililiğinin farkına varmasının sağlanması (83).

## **2.5. Menopozal Kadınlara Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kazandırmada ve Yaşam Kalitesini Yükseltmede Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşiresinin Rolü**

Menopozal dönem kadınların %30-75 kadarı bu döneme ilişkin semptomlardan en az birini yaşamaktadır. Dolayısıyla hemşireler menopozal yakınmalar yaşayan kadınlar ile oldukça sık karşılaşabilmektedir. Hemşirelerin bütüncül yaklaşımda kadını tanıma, yaşama uyumunu kolaylaştırmak ve daha kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini sağlamak için yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmeleri gerekmektedir (26, 46). MG menopozal yakınmalar ile baş etmede, menopoza yönelik sağlıklı yaşam tarzı geliştirerek yaşam kalitesini arttırmada kullanılan alternatif yöntemlerden birisidir. Menopozal dönemde davranış değişikliği kazandırılması beklenen konularda MG yöntemi rahatlıkla kullanılabilir. Özellikle kadınları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yöneltmede kullanılacak oldukça etkili bir yöntemdir (89). Alternatif tedavilerin yanı sıra kadınların menopozal döneme ilişkin yakınmalarla baş etmeye yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları da gerekmektedir. Kadınlara menopoza ilişkin bilgi vermek, kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek, kadının temel gereksinimlerini karşılama konusunda sağlık eğitimi ve danışmanlık yapmak kadın sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Ayrıca kadınların sağlığı koruyucu ve geliştirici yaşam biçimi davranışlarını uygulamalarında aktif rol almalarını sağlamak, kendi sağlıklarına ilişkin karar verme sürecine katılabilmelerini sağlamak da hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır (26). Hemşireler eğitici, danışman, araştırmacı, uygulayıcı ve destekleyici rollerini kullanarak menopozal dönemdeki kadınların sorunlarının çözümünde önemli rollere sahiptir. Bu nedenle; araştırmamız menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, randomize kontrollü deneysel araştırma özelliğinde gerçekleştirildi.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15 Ağustos 2018-30 Aralık 2019 tarihleri arasında Tunceli il merkezinde bulunan 2 farklı Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yürütüldü.

Tunceli il merkezinde faaliyet gösteren toplam 5 ASM bulunmaktadır. Araştırma kura yöntemi ile belirlenen 1 ve 3 nolu ASM'ler de yürütüldü.

1 ve 3 nolu ASM'de benzer olarak 4 hekim, 4 aile sağlığı elemanı, 2 yardımcı sağlık personeli ile 4 poliklinik, 1 hemşire odası, 1 aşı odası, 1 gebe-bebek izlem odası, 1 müdahale odası ve 1 eğitim odası bulunmaktadır. Uygulama sırasında ASM'lerde menopozal kadınlara MG ile ilgili herhangi bir girişim yapılmamaktaydı.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Tunceli Sağlık Müdürlüğü 2018 güncel verilerine göre il merkezinde bulunan 1 ve 3 nolu ASM'lere kayıtlı 45-54 yaş aralığında 1442 kadın oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin kullanıldığı benzer bir çalışma (10) örnek alınarak yapılan Power analizine (G\*Power 3.1.9.2) göre, eğitim sonrası MÖYKÖ toplam skoruna göre yapılan değerlendirmede çift yönlü önem düzeyinde 0.48 etki büyüklüğünde ve standart sapma 7.22 olarak alındığında Power: 0,80,  $\beta$ :0,05 ve  $\alpha$ :0,05 için tespit edilen örneklem sayısı 68 deney ve 68 kontrol grubu olmak üzere toplam 136 menopozal kadın olarak belirlendi. Araştırmanın örneklem grubu seçiminde 45-54 yaş grubundaki kadınlar ASM kayıt numarasına göre numaralandırıldı ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlendi. Gruplar arası bulaşı engellemek amacıyla 1 nolu ASM'den deney grubu verileri, 3 nolu ASM'den ise kontrol grubu verileri toplandı. Ancak deney grubundan ulaşım güçlüğü, başka bir ile taşınma, aile üyelerine bakım verme, sekonder hastalık tedavisi nedeniyle 6 kadın,



ulaşılamadığı için 2 kadın olmak üzere toplam 8 kadın; kontrol grubundan ise 5 kadın ulaşılamadığından, 4 kadın ise herhangi bir neden göstermeden son test uygulamasına katılmak istemediğinden toplam 9 kadın araştırmadan çıkarıldı. Araştırmadan çıkarılan kadınların yerine basit rastgele sayılar tablosundan yeni katılımcılar eklendi. Araştırmacı tarafından yeterli örneklem sayısına ulaşıncaya kadar kadınlar araştırma kapsamına alınmaya devam edildi ve araştırma 68 deney ve 68 kontrol grubu olmak üzere toplam 136 menopozal kadın ile tamamlandı.

*Araştırmaya alınma kriterleri;*

- Doğal yolla menopoza girmiş olan,
- Son 3 yıl içinde menopoza girmiş olan,
- Cinsel yönden aktif olan,
- Okur-yazar olan,
- Hormon Replasman Tedavisi almayan,
- İletişim kurabiliyor olan kadınlar araştırmaya dahil edildi.

*Araştırmaya alınmama kriterleri;*

- ASM kayıtlarına göre psikiyatrik bir tanı konulmuş olmasıdır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) (EK-3) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK-4) kullanılarak toplandı.

#### **3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)**

Literatür doğrultusunda (12, 37-39) araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu; menopozal dönemdeki kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, en uzun süre yaşanan yer) ve menopoza öyküsünü (menopozda olma süresi, menopoza ilişkin bilgi alma durumu, menopoza yönelik düşüncesi ve menopozal şikayetlerde baş etme yöntemi kullanma durumu) içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

### 3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-3)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında hazırlanmıştır (93). Ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek amacıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi modeli çerçevesindeki araştırmalarda kullanılmasının uygun olduğu belirtilmiştir (10).

SYBDÖ-II, sağlığı geliştirici davranışların sıklığını ölçen 52 madde ve altı alt faktör içermektedir. Bunlar sağlığı geliştirici yaşam tarzının 6 alanını içeren, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin derecelendirmesi, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3) ve düzenli olarak (4) olmak üzere 4'lü likert şeklindedir. Ölçeğin tamamı için alınabilecek en düşük puan 52 iken, en yüksek puan 208'dir. Ölçek puanının yükselmesi kişilerin belirtilen sağlık davranışını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir. SYBDÖ-II ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; sağlık sorumluluğu alt boyutunda 0.77, fiziksel aktivite alt boyutunda 0.79, beslenme alt boyutunda 0.68, manevi gelişim alt boyutunda 0.79, kişilerarası ilişkiler alt boyutunda 0.80, stres yönetimi alt boyutunda ise 0.64 olarak belirtilmiştir (55).

Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.88 olarak bulundu. Bunun yanı sıra alt boyut Cronbach's alpha katsayıları ise sırasıyla; sağlık sorumluluğu alt boyutu için 0.82, fiziksel aktivite alt boyutu için 0.81, beslenme alt boyutu için 0.49, manevi gelişim alt boyutu için 0.77, kişilerarası ilişkiler alt boyutu için 0.75 ve stres yönetimi alt boyutu için ise 0.55 olarak saptandı.

### 3.4.3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4)

Ölçek John R. Hilditch ve arkadaşları tarafından menopozda sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak amacıyla 1996 yılında geliştirilmiş (94) ve 2007 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından Türk toplumuna uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (95).

MÖYKÖ 29 soru içeren likert tipinde bir ölçek olup vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alandan oluşmaktadır. Her bir soru puanı 0 dan 6'ya doğru sıralanmış olup 0 puan kadınların o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşamadığını göstermektedir. 1 puan ise o konunun var olduğunu, yaşandığını ancak hiç

rahatsız edici olmadığını işaret eder. 2-6 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini ifade etmektedir. Ölçek puanının artması yakınmaların şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı vazomotor alan için 0.82, psikososyal alan için 0.81, fiziksel alan için 0.87 ve cinsel alan için 0.89 olarak bulunmuştur (95).

Bu araştırmada ise ölçeğin alt boyut Cronbach's alpha katsayıları sırasıyla; vazomotor alan için 0.81, psikososyal alan için 0.71, fiziksel alan için 0.81 ve cinsel alan için ise 0.83 olarak saptandı.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

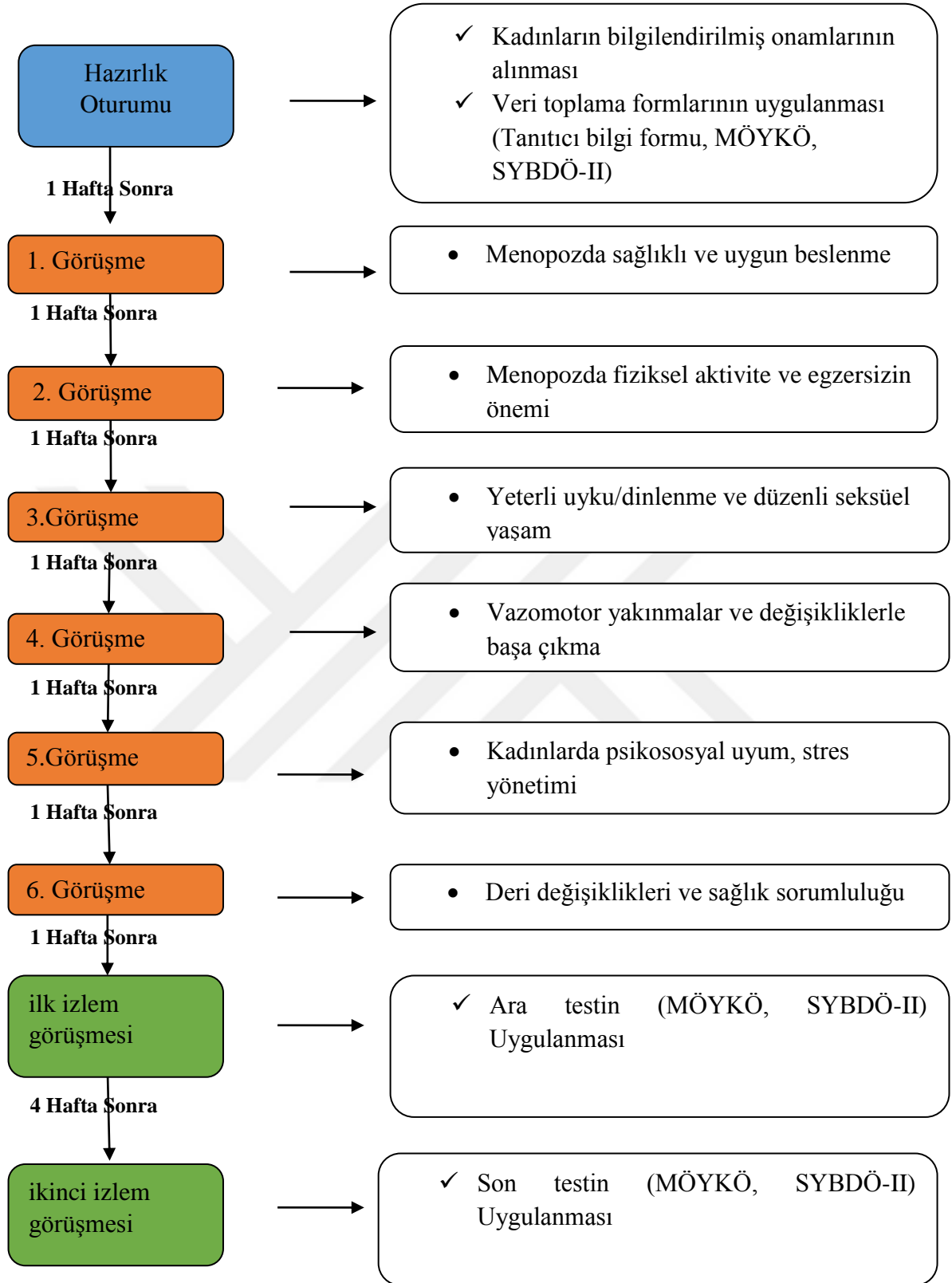
Araştırma verileri 15 Ocak-15 Haziran 2019 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Araştırma verileri 1 ve 3 nolu ASM'lerin eğitim odasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 10-15 dakikada toplandı.

#### **Deney Grubu;**

- ✓ 1 nolu ASM'de deney grubu kadınlarla planlanan ilk karşılaşmada; Tanıtıcı Bilgi Formu, SYBDÖ-II ve MÖYKÖ araştırmacı tarafından uygulandı.
- ✓ 6 haftalık motivasyonel görüşme uygulaması tamamlandıktan 1 hafta sonra ilk izlem görüşmesinde ara test olarak SYBDÖ-II ve MÖYKÖ araştırmacı tarafından tekrar uygulandı.
- ✓ İlk izlem görüşmesinden 4 hafta sonra, kadınlara son test uygulaması olarak SYBDÖ-II ve MÖYKÖ formları tekrar uygulandı.

#### **Kontrol Grubu;**

- ✓ 3 nolu ASM'de kontrol grubu kadınlarla planlanan ilk karşılaşmada; Tanıtıcı Bilgi Formu, SYBDÖ-II ve MÖYKÖ araştırmacı tarafından uygulandı. İlk karşılaşmadan 7 hafta sonra deney grubuyla aynı zamanda kadınlara ara test olarak SYBDÖ-II ve MÖYKÖ uygulandı.
- ✓ İlk görüşmeden 4 hafta sonra, kadınlara son test uygulaması olarak SYBDÖ-II ve MÖYKÖ formları tekrar uygulandı.



Şekil 3.1. Deney Grubu Girişim Şeması

### 3.6. Araştırmanın Uygulanması

#### 3.6.1. Hemşirelik Girişimi

##### Araştırmada deney grubuna:

Araştırmada, uygulama öncesi araştırmacı Motivasyonel görüşme eğitim programına katıldı ve sertifika aldı (EK-5). Ayrıca MG basamakları hazırlanırken 5 uzmandan görüş alındı (EK-6).

Hemşirelik girişimideney grubuna alınan 68 menopozal kadına uygulandı. Kadınlarla 1 hazırlık oturumu, 6 oturum motivasyonel görüşme uygulaması, görüşmeler tamamlandıktan 1 hafta sonra ilk izlem görüşmesi ve ilk izlemden 4 hafta sonra ise 2 izlem görüşmesi olmak üzere toplam 9 görüşme yapıldı. MG'ler interaktif eğitim yöntemine göre 10'ar kişilik gruplar halinde ASM'nin eğitim odasında haftanın 3 farklı gününde (Pazartesi-Perşembe-Cuma) haftada bir kez, yüz yüze olmak üzere, 50-60'şar dakika olacak şekilde yapıldı. Görüşmeler sırasında kadınların kendi motivasyon kaynaklarını harekete geçirerek sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri ve menopoza özgü yaşam kalitelerini arttırmaları yönünde danışmanlık yapıldı. Araştırma süresince kontrol grubuna araştırmacı tarafından herhangi bir girişim uygulanmadı ve veri toplama araçları deney grubuyla eş zamanda uygulandı.

#### 3.6.2. Motivasyonel Görüşme Basamakları

##### **Hazırlık Oturumu**

- Destekleyici bir ortam, empatik atmosfer oluşturularak, herkesin birbirinin yüzünü görebilecek şekilde oturma planı yapılarak danışanlarla iyi bir ilişki kurma
- Gruba övgü verilmesi
- Kadınlarla tanışma (kadınlara isimlerini söyleyip isimleri ile ilgili ne hissettiklerini sorma) ve uygulamanın sürekliliği açısından kurallar belirlenmesi
- Görüşme programının içeriği ve süresinin anlatılması
- Kadınların programdan beklentilerinin öğrenilmesi
- Veri toplama formlarının uygulanması
- Gelecek görüşmenin zamanı belirlenerek görüşmenin sonlandırılması.

<b>1. Görüşme: Menopozda Sağlıklı ve Uygun Beslenme</b>	
<b>Amaç</b>	Kadınlarda, menopozal dönemde sağlıklı ve uygun beslenme alışkanlığı ile ilgili bilişsel farkındalık yaratarak beslenme davranışlarını sorgulamalarını sağlama
<b>İçerik</b>	Kadınlara menopozal dönemde sağlıklı beslenmenin öneminin kavratılması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, beslenme ilkeleri ile ilgili pratik bilgiler verilmesi ve doğru olmayan davranış yapmaktan kaçınmaktan çok tekrar şekillendirme şeklinde Motivasyonel Görüşme yapıldı. Değişimlerin yaşam boyu olmayacaksa da uzun dönemli olmasının önemi vurgulandı ve yaşam kalitesinin artmasına yönelik bilgi paylaşımında bulunuldu. Kadınlara tüketilen besinlerin, menopozal dönemdeki yakınmalarda ve yakınmaların giderilmesinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve doğal beslenme yoluyla da alınan gıdalarla yaşam kalitesinin artırılabilceği açıklandı.
<b>Uygulama Aşamaları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslenme alışkanlıkları konusunda bilgi edinmek, bilgi toplamak, değiştirilmesi amaçlanan davranışı belirlemek, değişme konusundaki görüşmeyi başlatmak için açık uçlu soruların sorulması</li> <li>• Cevaplara yönelik yansıtımlı dinleme yapma</li> <li>• Beslenme alışkanlıklarına yönelik kendilerini değerlendirmeleri için anahtar sorular sorularak çelişkilerin tespit edilmesi</li> <li>• Kadınları desteklemek ve yüreklendirmek için olumlama(doğrulama) yapma</li> <li>• Danışanlar için değişimin ne kadar önemli olduğunun anlaşılması için 1'den 10'a kadar numaralandırılmış bir skalada değerlendirme yapmalarının istenmesi ve verilen puanların nedenlerinin sorgulanması</li> <li>• Bilgi vermek için izin alınarak beslenme konusundaki bilgi gereksinimleri ve bilgi eksikliklerini destekleme</li> <li>• Geleceğe bakma konuşmalarının yaratılması</li> <li>• Özetleme yapma</li> <li>• Gruba övgü verilerek bir sonraki görüşme belirlenmesi.</li> </ul>
	<b>Uygulama Aşamalarına Yönelik Sorular</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sizi buraya getiren nedir? Nereden başlayalım?</li> <li>• Bugünkü beslenme tutumunuzla ve bunun yaşam kalitenize etkisi ile ilgili olarak ne düşünüyorsunuz?</li> <li>• Sizce doğru beslenmenin menopozda nasıl yararları olabilir?</li> <li>• Sizce doğru beslenmenin menopoza ilişkin yaşam kalitenizi nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?</li> <li>• Gün içinde daha fazla meyve ve sebze yediğiniz, günlük/haftalık kalori yada yağ sınırını aşmadığınız zamanlarda kendinizi nasıl hissedersiniz?</li> <li>• Sizler içinde uygunsu .....davranışınız üzerinde konuşalım</li> <li>• Sağlıklı beslenme konusunda bir sonraki adımınız ne olacak? Ne yapmayı düşünüyorsunuz?</li> </ul>

<b>2. Görüşme: Menopozda Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Önemi</b>	
<b>Amaç</b>	Kadınların, fiziksel aktivite ve egzersiz hakkındaki bakış açısının belirlenmesi, fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik farkındalığının artırılması
<b>İçerik</b>	Menopozal dönemde uygun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yüksek bir yaşam kalitesine sahip olabilmek için sağlıklı beslenme programının yanı sıra yapılacak fiziksel aktivitelere yönelik danışmanlık yapıldı. Menopozal dönemdeki kadınlara her gün fiziksel olarak aktif olmalarının amaçlandığı uygun fiziksel aktivite önerilerinde bulunuldu. Bilginin yansız şekilde sunulduğu ve yorumu danışanın yapmasının planlandığı davranış değişikliğini içeren MG yapıldı.
<b>Uygulama Aşamaları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruba övgü verilerek görüşmenin başlatılması</li> <li>• Olumlu değişimleri sorgulama, desteklemek ve yüreklendirmek için olumlama (doğrulama) yapma</li> <li>• Bilgi edinmek, bilgi toplamak, değiştirilmesi amaçlanan davranışı belirlemek, değişim konusundaki görüşmeyi başlatmak için açık uçlu sorularla detaylandırma</li> <li>• Yansıtmalı dinleme yapma ve değişim konuşmasını ortaya çıkaran çağrıştırıcı sorular sorma</li> <li>• Kendilerini değerlendirmeleri için anahtar sorular sorma</li> <li>• Egzersiz yapmanın avantaj ve dezavantajlarının farkına vardırılması</li> <li>• Bilgi vermek için izin alınarak bilgi gereksinimleri ve bilgi eksikliklerini destekleme</li> <li>• Bilimsel destekli verilen bilgidен ne çıkardıklarının sorgulanması</li> <li>• Özetleme yapma</li> <li>• Düzenli fiziksel aktivite yapmaya başlama noktasında engelleri nasıl aşabileceklerini, nasıl başarılı olabileceklerinin keşfedilmesi</li> <li>• Kendi çözümlerini bulmalarına destek olunması</li> <li>• Gruba övgü verilerek bir sonraki görüşme belirlenmesi.</li> </ul>
	<b>Uygulama Aşamalarına Yönelik Sorular</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egzersiz yapmanın sizce, hayatınıza getirdiği yararlar nelerdir?</li> <li>• Egzersiz yapmadığınızda ne gibi sorunlar yaşıyorsunuz?</li> <li>• Araştırmacı tarafından paylaşılan bilimsel bir bilgiye yönelik “buradan ne çıkarıyorsunuz?” sorusunun tartışılması</li> <li>• ...mak sizin için ne denli önemli?</li> <li>• ...yapmanın sizin için ne kadar acil olduğunu düşünüyorsunuz?</li> </ul>

<b>3. Görüşme: Yeterli Uyku/ Dinlenme ve Düzenli Seksüel Yaşam</b>	
<b>Amaç</b>	Kadınların öz güvenlerini arttırarak düzenli uyku ve cinsel yaşam yönetiminde etkin şekilde katılımlarını sağlayarak yaşam kalitesinin artırılması
<b>İçerik</b>	Menopozal dönemdeki kadınların uyku ve dinlenme gereksinimini gidermelerine ve yaşam kalitelerini arttırmalarına yönelik önerileri içeren danışmanlık uygulandı. Bu önerilerin gerektiğinden fazla uyumaya çalışılmaması ve düzenli yatma saatlerinin olması, uyunacak ortamın çok sıcak ya da çok soğuk olmaması, uyumadan önce ılık bir banyo veya ılık içecekler alması, uyku öncesi alkol, sigara, çay, kahve gibi ürünlerin kullanılmaması şeklinde olması planlandı. Ayrıca menopozal dönemde görülen genitalatrofi ve kayganlığın azalması konularında bilgilendirilme yapıldı. Menopozdan sonrada cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürebileceği kadınlara anlatıldı.
<b>Uygulama Aşamaları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruba övgü verilerek görüşmenin başlatılması</li> <li>• Olumlu değişimleri sorgulama, grupla değerlendirme ve motive etme</li> <li>• Bilgi edinmek amacıyla açık uçlu sorularla detaylandırma, yansıtmalı dinleme, özetleme ve onaylama yöntemlerinin uygulanması</li> <li>• İstisnai durumların sorgulanması</li> <li>• Geçmişe ve geleceğe bakma</li> <li>• Bilgi vermek için izin alınarak bilgi gereksinimleri ve bilgi eksikliklerini destekleme</li> <li>• Düzenli uykuya geçişe başlama konusundaki zorlukları nasıl aşabileceklerini, nasıl başarılı olabileceklerinin keşfedilmesi</li> <li>• Özetleme yapma</li> <li>• Gruba övgü verilerek bir sonraki görüşme belirlenmesi.</li> </ul>
	<b>Uygulama Aşamalarına Yönelik Sorular</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Düzenli/Kaliteli uykunun sizce, hayatınıza getirdiği yararlar nelerdir?</li> <li>• Düzenli/Kaliteli uyumadığımızda günlük hayatınızda ne gibi sorunlar yaşıyorsunuz?</li> <li>• Düzenli uykuya geçme konusunda başarılı olmuş olsanız, yaşamınız nasıl daha değişik olabilir?</li> <li>• Eşinizle aranızdaki cinsel ilişki için ne söylemek ister siniz?</li> <li>• Düzenli cinsel yaşamı sürdürmek için başlıca üç nedeniniz nedir?</li> </ul>



<b>4. Görüşme: Vazomotor Yakınmalar ve Değişikliklerle Başa Çıkma</b>	
<b>Amaç</b>	Yakınmalara yönelik bireysel farkındalığı artırma, kadınların kendilerine olan güvenlerini ve motivasyonlarını arttırmak.
<b>İçerik</b>	Menopozyakınmaların kadınlar arasında yaygın olarak görüldüğü ve bunun diğer insanlarda da oluşabileceği unutulmaması gerektiği fikri benimsetildi. Kadınların yaşadıkları sorunlar üzerine gerçekçi çözüm yollarını içeren bir yaklaşımın benimsetildi. Yakınmalarla baş etme yönetiminin sağlanması için odak noktasının kendilerine olan güvenlerinin artmasıyla birlikte gelişeceği aktarıldı ve vurgulandı.
<b>Uygulama Aşamaları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruba övgü verilerek görüşmenin başlatılması</li> <li>• Olumlu değişimleri sorgulama, grupla değerlendirme ve grubu motive etme</li> <li>• Bilgi edinmek amacıyla açık uçlu sorularla detaylandırma, yansıtma, dinleme, özetleme ve onaylama yöntemlerinin uygulanması</li> <li>• Önem çizelgesinin değerlendirilmesi ve verilen puanlar üzerinde konuşma (neden 6 değil de 3 gibi)</li> <li>• Geçmişe ve geleceğe bakma, değişimin değerlendirilmesi</li> <li>• Vazomotor yakınmalarla baş etme yöntemlerinin farkına vardırılması ve bilgi paylaşımında bulunulması</li> <li>• Çözüm yollarını keşfetmelerinin sağlanması</li> <li>• Grup üyelerinin çözüm odaklı düşünme ve davranış becerisi kazanma yönünde destekleme</li> <li>• Özetleme yapma</li> <li>• Bilgi vermek için izin alınarak bilgi gereksinimleri ve bilgi eksikliklerini destekleme</li> <li>• Grup üyelerinin olumlu davranışlarına övgü verilerek bir sonraki görüşmenin belirlenmesi.</li> </ul>
	<b>Uygulama Aşamalarına Yönelik Sorular</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• .....sorunuz günlük yaşamınızı ve yaşam kalitenizi nasıl etkiliyor?</li> <li>• Değişim için ne gibi nedenleriniz olduğunu söyler misiniz?</li> <li>• Eğer hiçbir değişim olmazsa ne olacağını düşünüyorsunuz?</li> <li>• Değişmeye karar verdiğiniz noktada, sizce hayatınızda ne gibi değişiklikler yaparsanız ve bu değişimler size ne gibi yararlar sağlar?</li> <li>• Şunu yapmak zorundayım diyecek olsanız, neler söylersiniz?</li> </ul>

<b>5. Görüşme: Kadınlarda Psiko-Sosyal Uyum, Stres Yönetimi</b>	
<b>Amaç</b>	Kadınlarda strese neden olan durumlardan uzak durulması, sosyal faaliyetlere katılma ve sosyal ilişkileri arttırma, stresle başa çıkma yöntemleri konusunda davranış değişikliği geliştirmek.
<b>İçerik</b>	Menopozal dönemdeki kadınlarda nelerin stres oluşturduğu tanılamaya çalışıldı, stresle başa çıkma yollarını anlatıldı ve yaşam tarzı değişikliğini içeren değiştir, kabul et, boş ver ve yaşam tarzını yönet şeklinde sağlığı geliştirici davranışların arttırılmasına yönelik MG uygulandı.
<b>Uygulama Aşamaları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bir önceki oturumda verilen ödevleri kontrol etmeye yönelik sorular sorma ve olumlu yönleri destekleme</li> <li>• Konu ile ilgili bilgi edinmek, bilgi toplamak, değiştirilmesi amaçlanan davranışı belirlemek, değişme konusundaki görüşmeyi başlatmak için açık uçlu soruların sorulması</li> <li>• Kadınlarda stres yaratan faktörlerin farkına vardırılması ve baş edebilme yollarının grup içinde tartışılması</li> <li>• Cevaplara yönelik yansıtmalı dinleme yapma</li> <li>• Danışanlar için değişimin ne kadar önemli olduğunun anlaşılması için 1'den 10'a kadar numaralandırılmış bir skalada değerlendirme yapmalarının istenmesi ve verilen puanların nedenlerinin sorgulanması</li> <li>• Kendilerini değerlendirmeleri için anahtar sorular sorma</li> <li>• Belirtilen hatalı davranış varsa risklerini belirtmeden bilginin yansız bir şekilde sunulması</li> <li>• Bilgi vermek için izin alınarak bilgi gereksinmelerini destekleme</li> <li>• Geleceğe bakma konuşmalarının yaratılması</li> <li>• Özetleme yapma</li> <li>• Gruba övgü verilerek bir sonraki görüşme belirlenmesi.</li> </ul>
	<b>Uygulama Aşamalarına Yönelik Sorular</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neyi başarmak istiyorsunuz?</li> <li>• Bu sorununuz günlük yaşamınızı ve ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?</li> <li>• Bu tutumunuzu neden değiştirmek istiyorsunuz? Bunu yapmak için en önemli üç nedeniniz nedir?</li> <li>• Böyle bir değişim yapmazsanız sizce en kötü ne olabilir?</li> <li>• Şu cümleyi tamamlayabilir misiniz? Artık böyle gidemez çünkü...</li> </ul>

<b>6. Görüşme: Deri Değişiklikleri ve Sağlık Sorumluluğu</b>	
<b>Amaç</b>	Kadınların kendi sağlıklarının değerini bilmeleri, kendi sağlıklarına yönelik koruyucu, sağlıklı geliştirici davranışları gösterebilmeleri ve deri değişikliklerine uyum sağlama yönünde farkındalıklarının artırılması.
<b>İçerik</b>	Menopozal dönemde östrojenin azalmasına bağlı olarak oluşabilecek ciltte buruşma, sarkma, pigmentasyon değişiklikleri, cilt ve ağız kuruluğu gibi durumları içeren görüşmeler yapıldı. Ayrıca bu dönemde kadının sağlık sorumluluğunu almasının ve tarama programlarının önemi vurgulandı.
<b>Uygulama Aşamaları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bir önceki oturumun değerlendirilmesi ve olumlu yönleri destekleme</li> <li>• Bilgi edinmek, bilgi toplamak, değiştirilmesi amaçlanan davranışı belirlemek, değişme konusundaki görüşmeyi başlatmak için açık uçlu soruların sorulması</li> <li>• Kadınlara menopoz sonrası ciltlerinde meydana gelen değişikliklerin sorulması, farkındalığın artırılması</li> <li>• Cevaplara yönelik yansıtmalı dinleme yapma</li> <li>• Tarama programları konusunda farkındalıklarını ölçmeye yönelik açık uçlu sorular sorulması</li> <li>• Kadınları desteklemek ve yüreklendirmek için olumlama(doğrulama) yapma</li> <li>• Kendilerini değerlendirmeleri için anahtar sorular sorma</li> <li>• Danışanlar için değişimin ne kadar önemli olduğunun anlaşılması için 1'den 10'a kadar numaralandırılmış bir skalada değerlendirme yapmalarının istenmesi ve verilen puanların nedenlerinin sorgulanması</li> <li>• Bilgi vermek için izin alınarak bilgi gereksinmelerini destekleme</li> <li>• Geleceğe bakma konuşmalarının yaratılması</li> <li>• Özetleme yapma</li> <li>• Gruba övgü verilerek bir sonraki görüşme belirlenmesi.</li> </ul>
	<b>Uygulama Aşamalarına Yönelik Sorular</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menopozda yaptırmanız gereken sağlık kontrolleri hakkında neler biliyorsunuz?</li> <li>• Sağlık tarama ve tetkiklerini yaptırmanızın ne gibi iyi yanları olabilir?</li> <li>• Menopozla birlikte cildinizde nelerin değiştiğini fark ettiniz?</li> <li>• Şimdikinden 5 yıl sonra yaşamınızda ne olmasını isterdiniz?</li> </ul>

## 7. Görüşme: İzlem Görüşmesi

### Kapsam

- Oturumun değerlendirilerek kadınların ihtiyaç duyduğu konu ile ilgili gerekli görüldüğünde tekrar MG görüşme yapılması
- Kadınlara SYBDÖ-II ve MÖYKÖ'ninaraştırmacı tarafından uygulanması
- Kadınlara övgü verilmesi

## 8. Görüşme: İzlem Görüşmesi

### Kapsam

- Kadınlara SYBDÖ-II ve MÖYKÖ'ninaraştırmacı tarafından uygulanması
- Kadınlara övgü verilmesi ve danışmanlığın sonlandırılması

### 3.7. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı Değişkenler:** SYBDÖ-II ve MÖYKÖ'den alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.
- **Bağımsız Değişkenler:** Menopoza yönelik motivasyonel görüşmeler araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.
- **Kontrol Değişkenleri:** Kadınların yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, çocuk varlığı, menopozda olma süresi, menopoza ilişkin bilgi alma durumu, menopoza yönelik düşüncesi, eşin eğitimi ve menopozal şikayetlerde baş etme yöntemi kullanma durumu araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmuştur.

**Tablo 3.1.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=68)		Kontrol Grubu (n=68)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Eğitim durumu</b>						
Okur-yazar	7	10.3	4	5.9	3.938	0.268*
İlköğretim	26	38.2	36	52.9		
Ortaöğretim	26	38.2	18	26.5		
Yükseköğretim	9	13.2	10	14.7		
<b>Eşin eğitim durumu</b>						
Okur-yazar	5	7.4	4	5.9	6.416	0.093*
İlköğretim	13	19.1	21	30.9		
Ortaöğretim	30	44.1	34	50.0		
Yükseköğretim	20	29.4	9	13.2		
<b>Gelir durumu</b>						
Gelir giderden az	37	54.4	43	63.2	1.093	0.384**
Gelir gidere denk/fazla	31	45.6	25	36.8		
<b>Menopozla yönelik eğitim alma durumu</b>						
Evet	4	5.9	3	4.4	0.151	0.698**
Hayır	64	94.1	65	95.6		
<b>Menopozal dönemi algılama durumu</b>						
Olumlu	44	64.7	42	61.7	2.772	0.428*
Olumsuz	24	35.3	26	38.3		
<b>Menopozal şikayetlere yönelik yöntem kullanma durumu</b>						
Evet	6	8.8	6	8.8	0.000	1.000*
Hayır	62	91.2	62	91.2		
<b>Ortalama Değerler</b>						
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		t	p
<b>Yaş (yıl)</b>	50.94±3.55		50.57±3.71		0.590	0.556
<b>Menopozda olma süresi (yıl)</b>	1.85±0.91		2.00±1.07		-0.856	0.394

\*Ki kare testi kullanıldı

\*\*Fisher's Exact testi kullanıldı

Araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3.1.'de görülmektedir. Deney ve kontrol grubu arasında, eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, gelir durumu, yaş, menopozda olma süresi, menopozla ilişkin bilgi alma durumu, menopozla yönelik düşüncesi ve menopozal şikayetlerle baş etme yöntemi kullanma durumu açısından karşılaştırıldığında her iki grubun benzer olduğu belirlendi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3.1).

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen ham verilerin kodlanması ve verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social Science) 24 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde;

**Tablo 3.2.** Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan istatistik yöntemler
• Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre analizi	• Sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama ( $\bar{X}$ ) ve standart sapma (SS) gibi tanımlayıcı istatistikler
• Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	• Ki kare • Fisher's Exact testi
• Deney ve kontrol gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Tekrarlı ölçümlerde ANOVA
• Gruplar arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemesi	• Bonferroni testi
• SYBDÖ-II ve alt boyutları, MÖYKÖ alt boyutları güvenirlik testi	• Cronbach's alpha
• Grupların ön test, ara test, son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda t testi
• Deney ve Kontrol grubu için etki büyüklüğünün hesaplanması	• Cohen d değeri

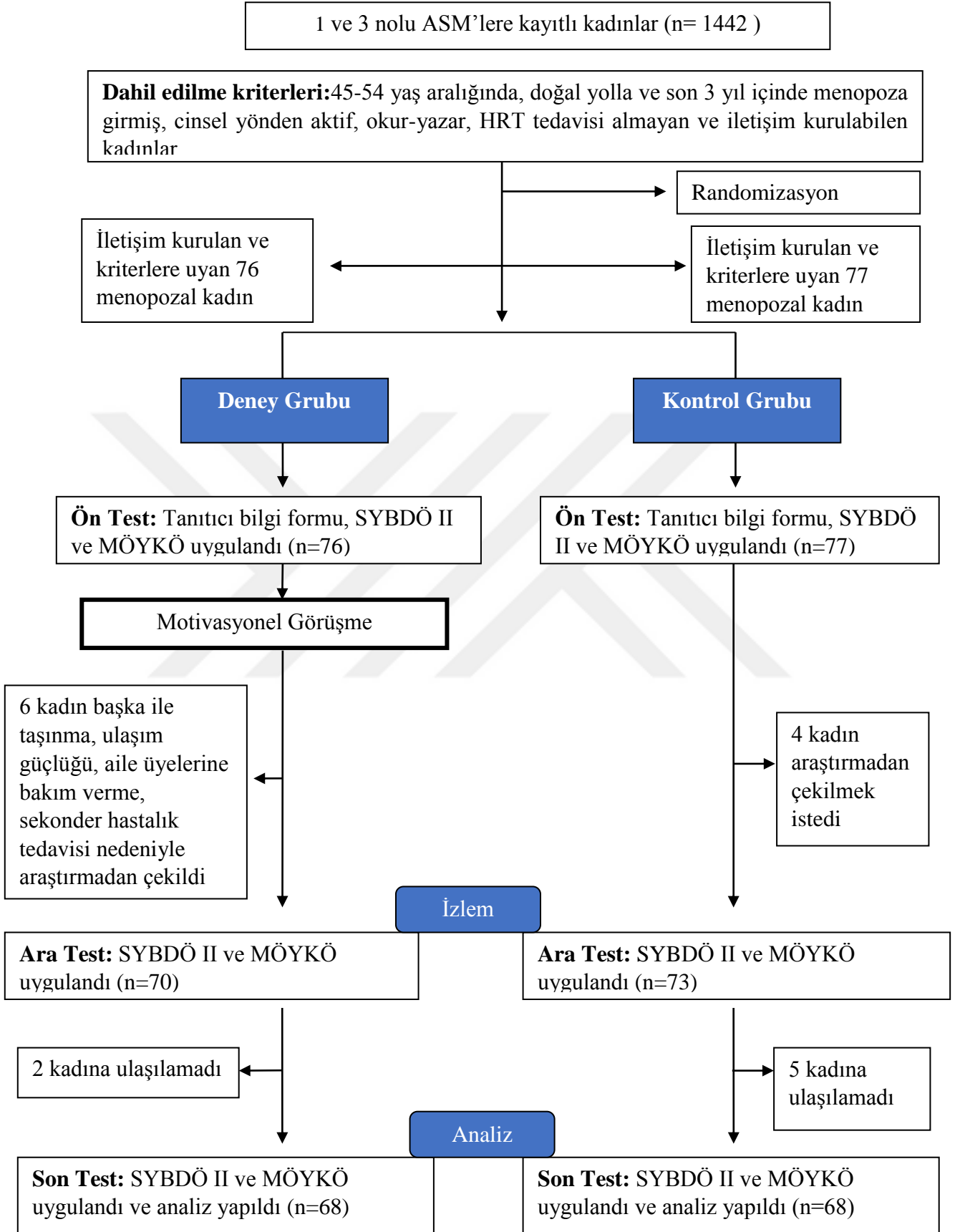
### 3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmalarda kişisel hakların korunması gerektiğinden “**Bilgilendirilmiş Onam**” (EK-7/EK-8) koşulu etik ilke olarak yerine getirildi. Araştırmaya başlamadan önce Munzur Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan (03/09/2018/4579)(EK 9) etik onay alındı. Ayrıca araştırmanın Tunceli İli merkezinde bulunan 1 ve 3 nolu ASM'ler de yürütülebilmesi için Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve ASM sorumlu hekimlerinden yazılı izin alındı (EK-10). Ayrıca SYBDÖ II (EK-11) ve MÖYKÖ (EK-12) için kullanım izni alındı. Araştırmada kontrol grubuna deneysel araştırma bitene kadar herhangi bir uygulama yapılmadı. Deney ve kontrol grubuna son test uygulandıktan sonra kontrol grubunda yer alan kadınlara da istekleri doğrultusunda MG oturumu yapıldı.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılığı**

Araştırmanın yürütüldüğü ASM'lere kadınların sürekli gelme zorunluluğunun olmaması, araştırmanın uzun süreli olması nedeniyle veri kaybına uğraması, araştırmanın tek ilde ve 2 ASM'de yapılması araştırmanın sınırlılıklarıdır.





Şekil 3.2. Akış Diyagramı



## 4. BULGULAR

Bu bölümde menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular hipotezler doğrultusunda sunuldu.

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

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=68)		Kontrol Grubu (n=68)	
	n	%	n	%
<b>Eğitim durumu</b>				
Okur-yazar	7	10.3	4	5.9
İlköğretim	26	38.2	36	52.9
Ortaöğretim	26	38.2	18	26.5
Yükseköğretim	9	13.2	10	14.7
<b>Eşin eğitim durumu</b>				
Okur-yazar	5	7.4	4	5.9
İlköğretim	13	19.1	21	30.9
Ortaöğretim	30	44.1	34	50.0
Yükseköğretim	20	29.4	9	13.2
<b>Gelir durumu</b>				
Gelir giderden az	37	54.4	43	63.2
Gelir gidere denk/fazla	31	45.6	25	36.8
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Var	63	92.6	63	92.6
Yok	5	7.4	5	7.4
<b>En uzun süre yaşanılan yer</b>				
Köy	9	13.2	17	25.0
İl	50	73.5	47	69.1
İlçe	9	13.2	4	5.9

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verildi. Araştırmaya dahil edilen kadınların eğitim durumları incelendiğinde; deney grubunun %38.2’sinin, kontrol grubunun %52.9’unun ilköğretim mezunu olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde ise; deney grubunun %44.1'inin, kontrol grubunun %50'sinin ortaöğretim mezunu olduğu ve her iki gruptaki kadınların %92.6'sının çocuk sahibi olduğu görüldü.

Aynı zamanda deney grubu kadınların %54.4'ünün, kontrol grubunun %63.2'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptandı. Deney grubundaki kadınların %73.5'inin ve kontrol grubunun %69.1'inin en uzun süre ilde yaşadıkları belirlendi.

**Tablo 4.2.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopoza Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Deney Grubu (n=68)		Kontrol Grubu (n=68)	
	n	%	n	%
<b>Menopoza yönelik eğitim alma durumu</b>				
Evet	4	5.9	3	4.4
Hayır	64	94.1	65	95.6
<b>Menopozal dönemi algılama durumu</b>				
Olumlu	44	64.7	42	61.7
Olumsuz	24	35.3	26	38.3
<b>Menopozal şikayetlere yönelik yöntem kullanma durumu</b>				
*Evet	6	8.8	6	8.8
Hayır	62	91.2	62	91.2

\*Düzenli yürüyüş yapma, spor salonuna gitme, sık duş alma ve pilates uygulamaları

Tablo 4.2'de deney ve kontrol grubundaki kadınların menopoza yönelik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmada deney grubu kadınların %94.1'inin menopoza yönelik eğitim almadığı, %64.7'sinin menopozal dönemini olumlu olarak algıladığı ve %91.2'sinin menopozal şikayetlere yönelik herhangi bir yöntem kullanmadığı saptandı. Kontrol grubu kadınların ise %95.6'sının menopoza yönelik eğitim almadığı, %61.7'sinin menopozal dönemini olumlu olarak algıladığı ve %91.2'sinin menopozal şikayetlere yönelik herhangi bir yöntem kullanmadığı saptandı.

**Tablo 4.3.** Deneysel ve Kontrol Grubu Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Ön test, Ara Test, Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ II Alt Ölçek	Deneysel Grubu						Kontrol Grubu						Gruplar Arası Karşılaştırma					
	I-Ön test		II-Ara test		III-Son test		I-Ön test		II-Ara test		III-Son test		F		t			
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	3'lü	3'lü	1-1	2-2	3-3	
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	23.58±5.28	25.51±5.38	26.85±3.57	0.000	0.72	20.29±6.81	20.01±6.12	20.26±5.73	0.400	0.671	0.00	0.00	3.150	5.561	0.002	0.000	8.039	0.000
<b>Fiziksel Aktivite</b>	17.30±5.39	16.91±5.29	17.35±4.41	0.406	0.649	14.29±5.37	14.27±4.87	14.42±4.78	0.114	0.881	0.02	0.02	3.267	3.017	0.001	0.003	3.707	0.000
<b>Beslenme</b>	23.01±4.51	23.92±4.60	26.98±3.77	0.000	0.95	23.55±4.68	24.13±4.18	23.76±3.70	1.656	0.201	0.04	0.04	-0.690	-0.273	0.491	0.785	5.017	0.000
<b>Manevi Gelişim</b>	27.67±4.87	29.86±6.03	32.33±3.52	0.000	1.09	27.36±6.12	28.02±5.15	27.95±5.03	1.490	0.231	0.10	0.10	0.325	1.190	0.745	0.058	5.881	0.000
<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	28.19±4.71	28.94±5.41	30.82±3.21	0.000	0.65	28.66±5.06	28.82±4.67	28.23±5.01	1.539	0.218	0.08	0.08	-0.561	0.136	0.576	0.892	3.582	0.001
<b>Stres Yönetimi</b>	21.35±4.10	21.97±4.87	24.75±3.40	0.000	0.90	19.79±4.64	20.45±4.51	20.22±4.26	2.188	0.116	0.09	0.09	2.073	1.880	0.040	0.062	6.839	0.000
<b>Ölçek toplam Puanı</b>	141.13±18.88	147.13±23.54	159.10±14.54	0.000	1.06	133.97±23.78	135.73±21.17	134.86±20.23	0.964	0.375	0.04	0.04	1.945	2.968	0.054	0.004	8.021	0.000

p<sup>a</sup>- Tekrarlı Anova testi, p<sup>b</sup>- Unpaired t Test

\*Etki büyüklükleri Cohen'in genel kuralına göre yorumlandı ve ön test- son test grup ortalamalarına göre hesaplandı. d değerinin 0.2'den küçük olması zayıf etki, 0.5-0.79 olması orta etki ve 0.8'den büyük olması kuvvetli etkiyi ifade etmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test, ara test ve son test SYBDÖ-II puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.3’de gösterilmektedir.

Araştırmada deney grubu kadınların SYBDÖ-II; sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanlarında ön test, ara test ve son test grupları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu ve puan ortalamalarının olumlu yönde artış gösterdiği saptandı ( $p<0.001$ ). SYBDÖ-II fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Gruplar arasındaki farklılığın beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında ve ölçek toplam puanında son testten kaynaklandığı, sağlık sorumluluğu alt boyutlarında ön test ara test,ön test-son test arasında, manevi gelişim alt boyutunda ise ön test ile son test, ön test ile ara test ve ara test ile son test arasında olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki kadınların ön test, ara test ve son test SYBDÖ-II puan ortalamalarının karşılaştırmasında ise; tüm alt boyutlarda (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) ve ölçek toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

SYBDÖ II deney ve kontrol grubunun etki büyüklükleri incelendiğinde; “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutunda deney grubu orta düzeyde bir etki büyüklüğüne (Cohen d: 0.72), kontrol grubu ise zayıf bir etki büyüklüğüne (Cohen d:0.00) sahipti. “Fiziksel Aktivite” alt boyutunda deney grubu (Cohen d:0.01) ve kontrol grubu (Cohen d:0.02) zayıf etki büyüklüğüne sahipti. “Beslenme” alt boyutunda deney grubu kuvvetli etki büyüklüğüne (Cohen d:0.95), kontrol grubu ise zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.04) sahipti.“Manevi Gelişim” alt boyutunda deney grubu kuvvetli bir etki büyüklüğüne (Cohen d:1.09) sahipken, kontrol grubunda zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.10) sahipti. “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutunda deney grubu orta etki büyüklüğüne (Cohen d:0.65) sahipken, kontrol grubu zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.08) sahipti.“Stres Yönetimi” alt boyutunda deney grubu kuvvetli bir etki büyüklüğüne (Cohen d:0.90) sahipken, kontrol grubu zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.09) sahipti. SYBDÖ II toplam puanında deney grubu kuvvetli bir etki büyüklüğüne (Cohen d:1.06) sahipken, kontrol grubu zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.04) sahipti.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test SYBDÖ-II puan ortalamalarının karşılaştırılmaları incelendiğinde; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ( $p<0.05$ ). Bunun yanı sıra beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyutu ve ölçek

toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubundaki kadınların ara test SYBDÖ-II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ( $p<0.05$ ). Beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test SYBDÖ-II puan ortalamalarının karşılaştırmaları incelendiğinde; tüm alt boyutlar ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.4.** Deneysel ve Kontrol Grupundaki Kadınların Menopozda Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Ara Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MÖYKÖ Alt Ölçek Alanları	Deneysel Grubu						Kontrol Grubu						Gruplar Arası Karşılaştırma				
	I-Ön test		II-Ara test		III-Son test		I-Ön test		II-Ara test		III-Son test		F	t			
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	p <sup>a</sup>	Cohen d*	1-1	2-2	3-3	
<b>Vazomotor</b>	8.57±6.24	7.66±5.82	5.52±5.24	17.558	0.52	10.54±5.24	10.01±4.85	10.14±4.53	2.243	0.08	-1.992	-2.557	-5.491	<b>0.000</b>	<b>0.048</b>	<b>0.012</b>	<b>0.000</b>
<b>Psikososyal</b>	19.50±9.65	16.36±9.79	12.22±7.10	33.310	0.85	20.64±9.43	19.10±9.15	19.64±8.16	3.495	0.11	-0.701	-1.682	-5.659	<b>0.000</b>	0.485	0.095	<b>0.000</b>
<b>Fiziksel</b>	52.25±19.52	46.98±20.86	40.75±18.24	21.293	0.60	49.04±17.50	45.94±16.06	47.63±15.21	3.364	0.08	1.008	0.327	-2.389	<b>0.000</b>	0.315	0.744	<b>0.018</b>
<b>Cinsel</b>	6.32±6.58	3.92±5.95	0.35±2.29	30.576	1.21	9.03±6.18	8.57±6.40	9.22±6.16	1.751	0.03	-2.471	-4.383	-11.112	<b>0.000</b>	<b>0.015</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>

p<sup>a</sup>- Tekrarlı Anova testi, p<sup>b</sup>- Unpaired t Test

\*Etki büyüklükleri Cohen'in genel kuralına göre yorumlandı ve ön test- son test grup ortalamalarına göre hesaplandı. d değerinin 0.2'den küçük olması zayıf etki, 0.5-0.79 olması orta etki ve 0.8'den büyük olması kuvvetli etkiyi ifade etmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test, ara test ve son test MÖYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.4’de gösterilmektedir.

Araştırmada deney grubu MÖYKÖ; vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyutları ön test, ara test ve son test grupları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni testi uygulandı. Yapılan analiz sonucunda deney grubunda farklılığın vazomotor alan alt boyutunda son test grubundan kaynaklandığı, psikososyal alan, fiziksel ve cinsel alan alt boyutunda ön test ara test, ön test son test, ara test ve son test grubu arasında olduğu bulundu.

Araştırmada kontrol grubu MÖYKÖ; psikososyal ve fiziksel alan alt boyutları ön test, ara test ve son test grupları arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). MÖYKÖ vazomotor ve cinsel alan alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

MÖYKÖ deney ve kontrol grubunun etki büyüklükleri incelendiğinde; “Vazomotor Alan” alt boyutunda deney grubu orta düzeyde bir etki büyüklüğüne (Cohen d: 0.52) sahipken, kontrol grubu zayıf bir etki büyüklüğüne (Cohen d:0.08) sahipti. “Psikososyal Alan” alt boyutunda deney grubu kuvvetli bir etki büyüklüğüne (Cohen d:0.85) sahipken, kontrol grubu zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.11) sahipti. “Fiziksel Alan” alt boyutunda deney grubu orta etki büyüklüğüne (Cohen d:0.60) sahipken, kontrol grubunda zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.08) sahipti. “Cinsel Alan” alt boyutunda deney grubu kuvvetli etki büyüklüğüne (Cohen d:1.21) sahipken, kontrol grubu zayıf etki büyüklüğüne (Cohen d:0.03) sahipti.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test, ara test ve son test MÖYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; vazomotor ve cinsel alanda ön test, ara test ve son test puan ortalamaları arasında, fiziksel alan vepsikososyal alanda ise son testler arasında önemli farklılık olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Menopozal dönem kadınlarda fizyopatolojik yönlerden benzerlik göstermekle birlikte sürece uyumda farklılıklar yaşanabilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen bir yaşam krizi olarak tanımlanan menopozal dönem yaşam tarzı ve yaşam kalitesinde değişikliklere neden olabilmektedir (8). Bu araştırma, menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın temelini oluşturan MG'nin menopozal dönemdeki kadınlara uygulanması çalışmalarının sınırlı sayıda olduğu tespit edildiğinden, araştırmanın tartışma bölümü literatür kapsamında benzer uygulamaların kullanıldığı çalışmaların verilerinden yararlanılarak tartışılmıştır.

Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun (Deney %64.7, Kontrol %61.7) menopoza olumlu bir süreç olarak algıladığı ve yakınmalara yönelik her hangi bir yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Kadınlar hamilelikten kurtulma, rahat hissetme, kanamanın bitmesi ve daha temiz olma düşüncelerinden dolayı menopoza olumlu olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4.2). Türkiye'de menopozal dönemle ilgili daha önce yapılan çalışmada kadınlar arasında menopozal dönemin yaşlılık ve doğurganlığın bitişi olarak algılanabildiği gibi normal bir süreç olarak da algılanabildiği belirtilmektedir (8). Irak'ta menopozal dönemdeki kadınların menopoza yönelik algılarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%85.8) menopoza normal bir durum olarak algıladıkları belirtilmiştir (96). Kadınların menopozal dönemi algılama ve değerlendirmeleri üzerinde, deneyimler, kişisel algılar, bireysel sağlık davranışları ve kültürel yapının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada deney grubunda yer alan kadınlarda SYBDÖ II ön test, ara test ve son test toplam puan ortalamalarının sırasıyla  $141.13 \pm 18.88$ ,  $147.13 \pm 23.54$  ve  $159.10 \pm 14.54$  olduğu ve puan ortalamalarının artış gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Gestasyonel diyabet tanısı almış kadınlarda eğitimin sağlıklı yaşam biçimi ve öz yeterlilik üzerine etkisini inceleyen çalışmada SYBDÖ II puan ortalamasının ilk görüşmede  $126.86 \pm 18.87$ , ikinci görüşmede  $138.23 \pm 20.64$  ve üçüncü görüşmede ise  $145.36 \pm 20.57$  olduğu ve eğitimin sağlıklı yaşam tarzı benimseme konusunda olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (97). İnfertilite tanısı almış kadınlara verilen fertilitiyi destekleyici davranış eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini inceleyen farklı bir çalışmada ise SYBDÖ II ön test puan ortalamasının  $122.76 \pm 20.43$



olduğu ve son test puan ortalamasının ise  $136.52 \pm 19.25$ 'e yükseldiği belirtilmiştir (98). Araştırma bulguları menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan MG müdahalesinin kadınların belirtilen sağlık davranışını uygulaması üzerine olumlu katkı sağladığını düşündürmektedir.

Araştırmada deney grubunda yer alan kadınların SYBDÖ II ara test ve son test puanları fiziksel aktivite alt boyutu hariç sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında ve toplam puan ortalamalarında ön teste göre olumlu yönde artış meydana geldiği ve istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Araştırmada kontrol grubunun puanlarında önemli bir farklılık olmamıştır. Dasthi ve arkadaşları Multiple Skleros tanılı bireylere uygulanan MG'de girişim öncesi, girişimden 2 hafta sonra ve 1 ay sonra SYBDÖ II beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu alt boyut ve toplam puan ortalamasındamüdahale sonrası artış görüldüğünü ve aralarındaki farkın önemli olduğunu belirtmiştir (21). Diabetes mellitus tanılı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda bireylerin sağlıkları ve hastalığa uyumları üzerine olumlu etkisi olan beslenme, fiziksel aktivite, kilo kontrolü, psikososyal uyum gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında MG'nin etkili ve umut verici bir yöntem olduğu ortak bir sonuç olarak belirtilmiştir (83, 85). Kadınlara uygulanan Sağlığı Geliştirme Programının etkisinin değerlendirildiği çalışmada iki oturumluk eğitim sonrasında egzersiz ölçek puanında ve egzersiz sürelerinde istatistiksel olarak anlamlı artma görüldüğü, beslenme ölçek puanında ise önemli bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir (99). Fiziksel aktivite alt boyutunda önemli fark bulunmamasının müdahale grubuna uygulanan "menopozda fiziksel aktivite ve egzersizin önemi" içerikli MG oturumunun bir kez yapılmış olmasından ve görüşme sayısının yeterli olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada deney grubu SYBDÖ II sağlık sorumluluğu (Cohen  $d:0.72$ ) ve kişilerarası ilişkiler (Cohen  $d:0.65$ ) alt boyutunda etki büyüklüğünün kontrol grubuna kıyasla orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu bulguya göre MG'nin deney grubunu oluşturan kadınların sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler düzeyini arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığı yönteminin kullanıldığı farklı bir çalışmada ise danışmanlık sonrasında SYBDÖ II sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamalarının yükseldiği ve danışmanlık programının etkili olduğu belirtilmiştir (101). Bulgular literatür ile uyumludur.

Araştırmada SYBDÖ II deney grubu beslenme (Cohen d:0.95), manevi gelişim (Cohen d:1.09) ve stres yönetimi (Cohen d:0.90) alt boyutlarında etki büyüklüğünün kontrol grubuna kıyasla kuvvetli etki gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığının obez bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini inceleyen araştırmada SYBDÖ II beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında son test puan ortalamalarının önemli olduğu belirtilmiştir (101). Erbaba'nın yapmış olduğu çalışmada bulgularımızdan farklı olarak SYBDÖ II beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında puan ortalamalarının önemli olmadığı, stres yönetimi alt boyutunda gruplar arası farkın önemli olduğu belirtilmiştir (100). Araştırmanın sonuçları MG uygulamasının klinik olarak bir fark yarattığını göstermektedir.

Araştırmada SYBDÖ II ölçek toplam puanının deney grubunda kuvvetli etki büyüklüğüne (Cohen d:1.06) sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Bir çalışmada eğitim sonrasında deney grubunda SYBDÖ II toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli olduğu belirtilmiştir (98). Araştırma sonuçlarımız ölçek toplampuanı yönünden literatür ile benzerlik göstermekle birlikte alt boyutlarda farklılıklar görülebilmektedir. Bulgular, MG yönteminin deney grubunu oluşturan menopozal kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdığını göstermektedir. Bu sonuç H1<sub>a</sub>'de yer alan **“Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler”** şeklindeki araştırmanın hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırmada kadınların MÖYKÖ puan ortalamalarının yüksek ve menopoza özgü yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Menopozal süreçte fizyolojik, psikolojik, cinsellik, uykusuzluk gibi sorunların yanında eş, aile ve sosyal çevre arasında ki uyum problemleri gibi durumlar kadınların yaşam kalitelerini bozmaktadır (8). Menopozal dönemin kadınların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için literatürde farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı görülse de bu süreci ele alan çalışmalar incelendiğinde yaşam kalitesinin düşük olduğu veya menopozal dönemin yaşam kalitesi puanlarını olumsuz etkilediği görülmüştür (12, 71, 95). Ülkemizde menopozal dönem ve yaşam kalitesi üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında, Erbaş ve Demirel'in Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullanarak yapmış olduğu çalışmada kadınların menopozal yakınmalarının az ve tutumlarının olumlu olmasının kadınların cinsel yaşam kalitelerini iyi yönde etkilediği belirtilmiştir (102).

Yağmur ve Orhan'ın Female Sexual Function Index ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışmada ise menopozun kadınların cinsel fonksiyonları açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır (45). Ülkemizde yapılan başka bir çalışma da menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerinin (WHOQOL-BREF-TR) menopozal belirtiler ile olumsuz yönde etkilendiği vurgulanmıştır (74). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde İran'da yapılan çalışmada MÖYKÖ puan ortalamalarının yüksek ve yaşam kalitesinin düşük olduğu ayrıca kadınların yaşam kalitesini artırmak için etkili müdahale programları geliştirmenin gerekliliği belirtilmiştir (75). Mısır'da Utian Quality of Life Scale kullanılarak yapılan bir çalışmada menopoz sonrasında kadınların %60'nın ortalama yaşam kalitesine sahip olduğu ve menopozal yakınmalar ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (103). Bulgularımız literatür ile uyumludur. Kadınların menopozal tutumları üzerinde etkisi olan sosyo-kültürel, psikolojik faktörlerin ve toplumsal yarguların yakınmalar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada deney grubu MÖYKÖ tüm alt boyutlarında (vazomotor alan, psikososyal alan, fiziksel alan ve cinsel alan) ön test, ara test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve puan ortalamalarında azalma olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Her ne kadar kontrol grubundaki kadınlarda da fiziksel alan ve psikososyal alanda ön test, ara test, son test puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunsa da, deney grubunda kontrol grubuna oranla puan ortalamasında daha fazla bir düşüş olduğu ve anlamlılığın deney grubunda ileri derecede olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Menopoz dönemindeki kadınlara 5 seans ve 45-60 dakika uygulanan eğitim programının kadınların yaşam kalitesi (MENQOL) üzerindeki etkisini araştıran deneysel bir çalışmada uygulamadan 3 ay sonra bulgularımıza benzer olarak tüm alt boyutlarda (vazomotor, psikososyal, cinsel ve fiziksel alan) yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir (75). İran'da yapılan çalışmada epilepsi tanılı bireylere 5 seanslık MG uygulanmış çalışmada bulgularımıza benzer olarak deney grubundaki bireylerin yaşam kalitesi (Quality of Life in Epilepsy-89) puanlarının arttığı belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada motivasyonel görüşme yaklaşımının, hastaların yaşam kalitesini artırmak için etkili bir müdahale yöntemi olarak kullanılabilmesi vurgulanmıştır (19). Postmenopozal dönemdeki İspanyol kadınlar üzerinde yapılan 8 seanslık Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamasında menopozal semptomların azaldığı belirtilmiştir (104). Araştırma bulgularımızdan farklı olarak menopozal dönemdeki

kadınlara uygulanan aromaterapinin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen araştırmada müdahale sonrası MÖYKÖ vazomotor ve fiziksel alan alt boyutlarında puan ortalamalarının önemli olduğu ve başlangıç puanlarına göre azalma olduğu belirtilmiştir (105). Menopoz sonrası pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren araştırmada MÖYKÖ ilk ve son test ölçümler arasında anlamlı fark olduğu ve kadınların yaşam kalitelerinde artma görüldüğü belirtilmiştir (106). Bulgular, deney grubunu oluşturan menopozal dönemdeki kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alanda yakınmalarının azaldığını ve yaşam kalitelerinin yükseldiğini göstermektedir.

Bu araştırmada deney grubu kadınların MÖYKÖ vazomotor alan (Cohen d:0.72) ve fiziksel alan (Cohen d:0.65) alt boyutunda etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu, psikososyal (Cohen d:0.85) ve cinsel alanda (Cohen d:1.21) ise kuvvetli etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu bulguya göre MG'nin deney grubunu oluşturan kadınların yakınmalarını azalttığı söylenebilir. Cerrahi yolla menopoza girmiş olan kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin çeşitli parametreler ve yaşam kalitesine (MÖYKÖ) etkisini belirlemek ve 40-60 yaş grubu kadınlara uygulanan ayak refleksolojisinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için yapılan farklı çalışmalarda araştırmamızla benzer olarak tüm alt boyutlarda puan ortalamalarının önemli olduğu, menopoza özgü yaşam kalitesinin arttığı ve menopoz semptomlarının azaldığı ortak sonuç olarak vurgulanmıştır (41, 107). Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi (MÖYKÖ) üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyutlarında gruplar arası farkın önemli olduğu saptanmıştır (108). Tayvanlı kadınlarda MG'nin sedanter davranışlar, depresif belirtiler ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health-related quality of life-HRQL) üzerindeki etkilerini inceleyen deneysel çalışmada MG'nin, yalnızca bireylerin davranış değişikliklerini değil, aynı zamanda yaşamsal ve hastalık süreçlerine psikolojik uyumu da teşvik edebileceği ve kadınlar için yaşam kalitesi geliştirmede etkili bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir (18). Çalışma bulguları literatür ile uyumlu olarak yapılan müdahalenin kadınların yakınmalarını azaltarak yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bulgular, MG yönteminin deney grubunu oluşturan menopozal kadınların yaşam kalitesini yükselttiğini göstermektedir. Bu sonuç H<sub>1b</sub>'de yer alan **“Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşme destekli danışmanlık,**

**menopoza özel yaşam kalitesini etkiler”** şeklindeki araştırmanın hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda menopozal dönemdeki kadınlar açısından MG yöntemi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini desteklemede etkili bir yöntemdir. Klinik ortamda ise kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri açısından MG yöntemi menopozal süreçte kadının baş etme mekanizmalarını harekete geçirerek yaşam kalitesini yükseltmede işlevsel olabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında; her iki grubun benzer olduğu,
- Deney grubundaki kadınların SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanı ön test, ara test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.001$ ) ve MG sonrası bu alanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının yükseldiği,
- Kontrol grubundaki kadınların SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanı ön test, ara test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Deney grubundaki kadınların MÖYKÖ ön test, ara test ve son test vazomotor alan, psikososyal alan, fiziksel alan ve cinsel alan alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ( $p<0.001$ ), puan ortalamalarının azaldığı ve yaşam kalitesinin yükseldiği,
- Kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ ön test, ara test ve son test, psikososyal alan ve fiziksel alan alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ), vazomotor alan ve cinsel alan alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı,
- Menopozal kadınlarda MG'nin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmede ve menopoza özel yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır.

***Bu sonuçlar doğrultusunda;***

- ✓ Kadın sağlığı alanında hizmet veren hemşirelerin menopozal yakınmaları yüksek ve yaşam kalitesi düşük olan kadınların bakımında, MG yöntemini bakıma dahil etmeleri,
- ✓ Menopozal dönemdeki kadınlara MG yönteminin ASM'lerde ve kliniklerde rutin hemşirelik aktiviteleri arasında yer alması,
- ✓ Özellikle kadınlarda menopozal yakınmaları azaltmaya yönelik MG ile ilgili farklı çalışmaların yapılması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

1. Zivdir P, Sohbət R. Effect of feelings of guilt and shame on life quality of women in menopause. *J Menopausal Med* 2017, 23: 5-14.
2. Shilpa K, Ugargul RA. A comparative study on postmenopausal symptoms in rural and urban women. *Int J Community Med Public Health* 2015, 2(4): 604-9.
3. Demirci H. Menopoz. İçinde: Saydam KB (Editör). Olgularla Jinekolojik Hastalıklarda Bakım, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2015: 200-8.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21509>. 15 Haziran 2018
5. Yılmaz H, Oral E. Menopoz. İçinde: Obstetrik ve Jinekoloji. Demir CS, Güleç KÜ (Çeviri editörleri). 7. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, 2015: 363-70.
6. Gözüyeşil E. Vazaomotor Yakınmalarda Refleksoloji Uygulaması. İçinde: Başer M, Taşçı S (Editörler). Kanıta dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, 2015: 121- 31.
7. Önder M, Batıgün DA. Erken ve normal menopoz: Stres, evlilik uyumu ve cinsiyet rolleri açısından bir karşılaştırma. *Düşünen Adam* 2016, 29: 129-38.
8. Fışkın G, Şahin N, Güler K. Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *G.O.P Taksim E.A.H. JAREN* 2017, 3(3): 122-12.
9. 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.
10. Nazari M, Farmani S, Kaveh MH, Ghaem H. The effectiveness of life style educational program in health promoting behaviors and menopausal symptoms in 45-60 years old women in Marvdasht, Iran. *Glob J Health Sci* 2016, 8(10): 34.
11. Sultan B. Doğurganlık ve menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme ve jinekolojik kanserlerden korunma davranışları ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2012.
12. Abay H, Kaplan S. Validation and reliability of the turkish utian quality-of-life scale in postmenopausal women. *Menopause* 2016, 23(4): 425-32.



13. Sehhatie F, Mirghafourvand M, Momeni K. Health promoting behaviors among postmenopausal women in langroud city, Iran. *IJWHR* 2015, 3(3): 158-62.
14. Elahi N, Ghannad N, Haghighizadeh MH. The relationship between health promoting lifestyle with life satisfaction in postmenopausal women. *J Res Med Dent Sci* 2018, 6 (5): 139-44.
15. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *Int J Prev Med* 2012, 3(11): 191.
16. Pócs D, Hamvai C, Kelemen O. Magatartás-változtatás az egészségügyben: A motivációs interjú. *Orvosi Hetilap* 2017, 158(34): 1331-7.
17. Walters JA, Courtney PH, Cameron TH. Engaging general practicenurses in chronicdisease self-managementsupport in Australia: insightsfrom a controlledtrial in chronicobstruc-tivepulmonarydisease. *Aust J Prim Health* 2012, 18(1): 74-9.
18. Chiang LC, Heitkemper MM, Chiang SL, Tzeng WC, Lee MS, Hung YJ, Lin CH. Motivational counseling to reduce sedentary behaviors and depressive symptoms and improve health-related quality of life among women with metabolic syndrome. *J Cardiovasc Nurs* 2019, 34(4): 327-35.
19. Hosseini N, Mokhtari S, Momeni E, Vossoughi M, Barekatian M. Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav Rep* 2016, 55(5): 70-4.
20. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Rev* 2011, 12(9): 709-23.
21. Dashti A, Yousefi H, Maghsoudi J, Etemadifar M. The effects of motivational interviewing on health promoting behaviors of patients with multiple sclerosis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016, 21(6): 640.
22. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Aust Fam Physician* 2012, 41(9): 660.
23. Miller WR, Rollnick S. What is the motivational interviewing?, “phase 1: building motivation for change”, “phase 2: strengthening commitment to change”. In: WR Miller, S Rollnick (eds). *Motivational Interviewing*, 1<sup>nd</sup> ed. New York, Guilford Press, 2002: 20-140.

24. Özkan S. Klimakteriyum ve Menopoz. İçinde: Şirin A, Kavlak O (Editörler). Kadın Sağlığı, Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2015: 154-68.
25. Taşkın L. Kadın Hayatının Evreleri. İçinde: Taşkın L. (Editörler). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XIII. Baskı. İstanbul, Akademisyen Tıp Kitap Evleri, 2016: 567-78.
26. Karanisaoglu H, Dinç H. Klimakterik Dönem. İçinde: Coşkun AM (Editörler). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, I. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012: 443-59.
27. Dalal PK, Agarwal M. Postmenopausal syndrome. *Indian J Psychiatry* 2015, 57(2): 222.
28. Şahin NH. Klimakteriyum Dönemi ve Menopoz. İçinde: Beji NK (Editörler). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2015: 136-41.
29. Çelik SA, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 5(2): 16-29.
30. Aygün D, Pektemek M. Cerrahi menopoza giren genç kadınlarda cinsellik nasıl etkileniyor?. *Androl Bul* 2018, 20(3): 21-4.
31. Kaydırak MMM. Cerrahi menopozun cinsel yaşam üzerine etkileri. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2018, 27(4): 267-79.
32. Dye T, Demment M, Hyrien O, Weber M, Morley C, Woods J. Perimenopausal symptomatology and menopause-related quality of life [2m]. *Obstet Gynecol* 2017, 129(4): 132-3.
33. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin* 2015, 44(3): 497-515.
34. Gözüyeşil E, Başer M. Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 19(4): 261-8.
35. Singh A, Pradhan SK. Menopausal symptoms of postmenopausal women in a rural community of Delhi, India: A cross-sectional study. *J Midlife Health* 2014, 5(2): 62.
36. ACOG Practice Bulletin. Management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2014, 123(6): 202-16.
37. Luoto R, Moilanen J, Hemonen R, Mikkola T, Raitanen J, Tomas E, Ojala K, Mansikkamäki K, Nygard, CH. Effect of aerobic training on hot flushes and quality of life-a randomized controlled trial. *Ann Med* 2012, 44(3): 616-26.

38. Chiu HY, Pan CH, Shyu YK, Han BC, Tsaı. Effects of acupuncture on menopause-related symptoms and quality of life in women on natural menopause: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Menopause* 2015, 21(2): 234-44.
39. Li Y, Zheng H, Zheng Q, Zhao L, Qin E, Wang Y, Zhang X. Use acupuncture to relieve perimenopausal syndrome: Study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* 2014, 15(1): 198.
40. Ziaei S, Kazemnejad A, Zareai M. The effect of vitamin E on hot flashes in menopausal women. *Gynecol Obstet Invest* 2007, 64(4): 204-7.
41. Gözüyeşil E, Başer M. 40-60 yaş grubu kadınlara uygulanan ayak refleksolojinin vazomotor yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 23(2): 183-8.
42. Duman M, Timur TS. The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Int J Prec Med* 2018, 24(4): 12650.
43. Oliveira D, Hachu H, Goto V, Tufik S, Bittencourt LRA. Effect of therapeutic massage on insomnia and climacteric symptoms in postmenopausal women. *Climacteric* 2012, 15(1): 21-9.
44. Bozkurt ÖD, Sevil Ü. Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016, 3(4): 497-503.
45. Yağmur Y, Orhan İ. Examining sexual functions of women before and after menopause in Turkey. *Afr Health Sci* 2019, 19(2): 1881-7.
46. Özcan H, Öskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi* 2013, 28(4): 157-63.
47. Johnson A, Roberts L, Elkins G. Complementary and alternative medicine for menopause. *J Evid Based Integr Med* 2019, 24(2): 145-52.
48. Massonı AM, Menoya I, Bocanera R, Pezzotto SM, Mario E, Morosano ME. Hypovitaminosis D and associated risk factors in postmenopausal women. *Health* 2014, 6(2): 1180-90.
49. Mata-Granados JM, Cuenca-Acebedo R, Luque De Castro MD, Quesada Gómez JM. Lower vitamin E serum levels are associated with osteoporosis in early postmenopausal women: A cross-sectional study. *J Bone Miner Metab* 2013, 31(2): 455-60.
50. Wei P, Liu M, Chen Y, Chen DC. Systematic review of soy isoflavone supplements on osteoporosis in women. *Asian Pac J Trop Med* 2012, 5(1): 243-8.

51. Dunneram Y, Chung HF, Cade JE, Greenwood DC, Dobson AJ, Mitchell ES, Mishra GD. Soy intake and vasomotor menopausal symptoms among midlife women: a pooled analysis of five studies from the inter LACE consortium. *Eur J Clin Nutr* 2019, 5(2): 564-74.
52. Newton KM, Reed SD, Guthrie KA, Sherman KJ, Booth-LaForce C, Caan B, Cohen LS. Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: A randomized controlled trial. *Menopause* 2014, 21(4): 339.
53. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *TJFMPC* 2012, 9(6): 13-21.
54. Zorba E. Yaşam Boyu Spor, 3. Baskı. Ankara, Atalay Matbaacılık, 2014: 5-9.
55. Bahar Z, Beşer A, Gördes, N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-2'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12(1): 1-13.
56. Geçkil E, Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10(2): 19-28.
57. Bahadır Z, Certel Z, Topuz RB. Research on healthy living behaviors of archery coaches and boxing coaches. *Int J Sci Culture Sport* 2014, 1(1): 88-96.
58. Wald A, Muennig PA, O'Connell KA, Garber C E. Associations between healthy lifestyle behaviors and academic performance in US undergraduates: A secondary analysis of the American College Health Association's National College Health Assessment II. *Am J Health Promot* 2014, 28(5): 298-305.
59. Küçükberber N, Özilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011, 5(11): 619-26.
60. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Prev Med Bull* 2016, 15(3): 259-66.
61. Bozkuş T, Türkmen M, Kul M, Özkan A, Öz Ü, Cengiz C. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi. *Int J Sci Culture Sport* 2013, 1(3): 49-65.
62. Bulut S. Sağlıkta sosyal bir belirleyici; Fiziksel aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji* 2013, 70(4): 205-14.

63. Sakar E, Açkurt F. İlköğretim okullarında görevli öğretmenlerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeyleri. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi* 2019, 1(1): 30-6.
64. Merdol TK. Sağlıklı yaşamak için doğru diyet planı uygulamak bir gerekliliktir. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2017, 45(1): 1-2.
65. Ermiş E, Doğan E, Erilli N, Satıcı A. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* 2015, 6(1): 30-40.
66. Tümkaya S, Çelik M, Aybek B. Ergenlerin kişilerarası ilişkilerini etkileyen sosyal yaşantı değişkenlerinin incelenmesi. *İLKE* 2013, (24): 163-78.
67. Batıgün AD, Hasta D. İnternet bağımlılığı: Yalnızlık ve kişilerarası ilişki tarzları açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010, 11(3): 213-9.
68. Tekiner MA, Tavas B. Çalışanlara stres yönetimi becerisi kazandırılmasının iş tatmini üzerindeki etkisi: Emniyet teşkilatı örnekleme. *J Int Soc Res* 2016, 9(42): 45-7.
69. Yasemin Ö, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2018, 1(1): 48-56.
70. Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi* 2003, 16(1): 18-23.
71. Erkin Ö, Ardahan M, Aslı K. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3(4): 1095-113.
72. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (Akad)* 2016, 8(15): 137-50.
73. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Derneği* 2004, 5(2): 8-24.
74. Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Med J* 2009, 31(1): 15-21.
75. Shobeiri F, Jenabi E, Hazavehei SMM, Roshanaei G. Quality of life in postmenopausal women in Iran: A population-based study. *J Menopausal Med* 2016, 22(1): 31-8.
76. Akyüz H, Yaşartürk F, Aydın İ, Zorba E, Türkmen M. Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi ve mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (Uksad)* 2017, 3(2): 253-62.

77. Poomalar GK., Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. *JCDR* 2013, 7(1): 135.
78. Ghazanfarpour M, Khadivzadeh T, Babakhanian M. Investigating the relationship between sexual function and quality of life in menopausal women. *J Family Reprod Health* 2016, 10(4): 191.
79. Bener A, Falah A. A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *J Midlife Health* 2014, 5(2): 126-34.
80. Ertem G. Kadınların menopoiz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010, 7(1): 469-83.
81. Uludağ A, Çakır Güngör AN, Gencer M, Şahin EM, Coşar E. Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2014, 18(3): 25-30.
82. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. *J Healthc Qual* 2003, 25(3): 46.
83. Muslu L, Ardahan M. Diabetes Mellitus' ta yaşam tarzı değişimi için motivasyonel görüşme tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2018, 10(3): 336-47.
84. Tosun AS, Zincir H. Tip 2 Diabetes Mellitus' ta sağlık davranış değişiminde transteoretik model temelli motivasyonel görüşme tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016, 8(1): 32-41.
85. Chlebowy DO, El-Mallakh P, Myers J, Kubiak N, Cloud R, Wall MP. Motivational interviewing to improve diabetes outcomes in African Americans adults with diabetes. *West J Nurs Res* 2015, 37(5): 566-80.
86. Kutlu YF, Ok E. The effect of motivational interviewing method on treatment adherence and quality of life in chronic hemodialysis patients. *J Nurs Care* 2017, 6(1): 6-11.
87. Köroğlu E. Motivasyonel Görüşme. İçinde: Köroğlu E (Editörler). İsteklendirici Görüşme Yöntemi El Kitabı, I. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2018: 25-48
88. Cangöl E, Şahin NH. Emzirmenin desteklenmesinde bir model: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşmeler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017, 14 (1): 98-103.
89. Özdemir H, Taşcı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı-The application of motivational interviewing technique in nursing. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 1(1): 41-7.

90. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri* 2009, 2(2): 41-4.
91. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015, 38(5): 1-12.
92. Gürel FS. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri* 2017, 8(2): 163-6.
93. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1987, 36(2): 76-80.
94. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, Maris BV, Ross A, Franssen E, Guyatt GH, Norton PG, Dunn E. A menopause-specific quality of life questionnaire: Development and psychometric properties. *Maturitas*. 1996, 24(3): 161-75.
95. Kharbouch BS, Şahin HN. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2007, 15(59): 82-90.
96. Mustafa GN, Sabir JM. Perception and experience regarding menopause among menopausal women attending teaching hospitals in Erbil City. *Glob J Health Sci* 2012, 4(3): 170-8.
97. Sen E, Sirin A. Healthy lifestyle behaviors and self-efficacy: The effect of education. *The Anthropologist* 2015, 21(2): 89-97.
98. Altıparmak S, Derya YA. The effects of fertility-supporting health training on healthy lifestyle behaviors and infertility self-efficacy in infertile women: A quasi-experimental study. *Eur J Integ Med* 2018, 20(1): 146-53.
99. Yağmur Y. Genç kadınlara uygulanan osteoporozdan korunmaya yönelik sağlığı geliştirme programının etkinliğinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006, 13(4): 257-62.
100. Erbaba H. Obez adolesanlarda beslenme, fiziksel aktivite ve menstürel semptomlara yönelik verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve menstürel semptomlara etkisinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2018.
101. Yıldırım H. Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığının kaygı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.
102. Erbaş N, Demirel G. Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017, 6(4): 220-5.

103. Suzan TM. Evaluation of post-menopausal symptoms effect on females quality of life. *Int J Nurs Didactics* 2016, 6(9): 1-10.
104. Garcia CL, Gómez-Calcerrada SG. Cognitive-behavioral intervention among women with slight menopausal symptoms: A pilot study. *Span J Psychol* 2011, 14(1): 344-55.
105. Gürler M. menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uyku ve yaşam kalitesine etkisi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2017.
106. Özdemir ÖÇ, Uysal MF. Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2018, 9(1): 25-32.
107. Boğa MN. Cerrahi menopozdaki kadınlara roy adaptasyon modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
108. Eyimaya ÖA. Meleis'in geçiş teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2019.



## EKLER

### EK-1.Özgeçmiş

<b>Adı Soyadı</b>	İlksen ORHAN
<b>Doğum Tarihi ve Yeri</b>	16.09.1985 /Adana
<b>Unvanı</b>	Araştırma Görevlisi
<b>Görev Yeri</b>	Munzur Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
<b>İletişim Bilgisi</b>	ilksenorhan@munzur.edu.tr

### EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
<b>Lisans</b>	Hemşirelik	Mardin Artuklu Üniversitesi	2006-2010
<b>Y. Lisans</b>	Doğum, Kadın sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014-2016
<b>Doktora</b>	Hemşirelik Ana Bilim Dalı (Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016-2020

### İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Yıl	Çalıştığı Kurum	Görevi
<b>2010-2011</b>	Trabzon Ahi Evren Kalp ve Göğüs hast. Hastanesi	Hemşire
<b>2011-2014</b>	Munzur Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi
<b>2014-2018</b>	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi
<b>2018- ...</b>	Munzur Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi

### ULUSLARARASI/ULUSAL HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER YAYINLAR

- Yağmur Y, Orhan İ. Examining sexual functions of women before and after menopause in Turkey. *African Health Sciences*. 2019, 19(2), 1881-1887.
- Orhan I, Serin E. Use of Health Technologies by Nurses and Their Thoughts on Technology. *International Journal of Caring Sciences*. 2019, 12(1), 416-422.

- Yağmur Y, Oltuluoğlu H, Ergin İO. How Does Fetal Gender Affect Mothers. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.2019, 10(1).
- Orhan İ, Yağmur Y. The correlation between menopausal complaints and personality traits. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2018, 54(3), 365-370., Doi: 10.1111/ppc.12260 (Yayın No: 4366959)
- Karatay G, Nazan GB, Orhan İ. Traditional Practices of Turkish Mothers at Breast Engorgment during Postpartum Period. *International Journal of Caring Sciences*. 2018, 11(3), 1954-1961.
- Çalışkan Z, Taşhan TS, Nacar G, Orhan İ. The impact of gender on spouse preference in university students. *Medicine Science International Medical Journal* 2017. doi: 10.5455/medscience.2017.06.8590
- Yağmur Y, Orhan İ. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Yaşam Koşulları ve Genital Hijyen Uygulamaları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi/The Journal Of International Social Research*. 2017, 10;51.
- Çalışkan, Z., Taşhan, S. T., Orhan, İ., & Nacar, G. (2015). Partneri Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Eş Seçimi Tercihlerinin Karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 6-10.

#### **ULUSLAR ARASI/ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER**

- Didem ŞK, Sermin T, Orhan İ, Hilal E (2018). Doğum Sonu Kilo Değişiminin Beden İmajı ve Emzirme Öz Yeterliliği Üzerine Etkisi - Effect of Postnatal Weight Change on Body Image Perception And Breastfeeding Self-Efficacy. “I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 1(1), 1-584. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4259277)
- Orhan İ, Aytıp S, Hazar S (2017). Hemşirelerde İletişim Becerileri İle Kültürel Zeka İlişkisi.. 1Uluslararası, 4. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 205 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3662605)
- Orhan İ, Hazar S, Aytıp S (2017). Çok Kültürlü Ortamlarda İletişim Becerileri İle Kültürel Duyarlılık İlişkisi. 1Uluslararası, 4. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 260 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3662607)

- Karatay G, Güraslan N, Orhan İ (2017). Tradinational Practices of Women Who had Breast Engorgment Problem in the Postnatal Period. 3. rd World Congress on Nursing., 29 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3477397)
- İlksen Orhan, Hacer Ünver, Esra Güney. Anne Baba Olmak, Çalışma Koşulları ve İzinler. Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. 5-7 Kasım 2015. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. İzmir.
- Hacer Ünver,EsraGüney, İlksen Orhan Ergin, Gebelerde Egzersiz. Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. 5-7 Kasım 2015. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. İzmir.
- Esra Güney, Hacer Ünver,İlksenOrhan Ergin. Anne Adaylarında Doğum Korkusu ve Medyanın Rolü. Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. 5-7 Kasım 2015. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. İzmir.
- Yurdagül Yağmur, İlksen Orhan Ergin.Menopozal yakınmalar ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi 7-8 Ekim 2016. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. İzmir.
- Yurdagül Yağmur, İlksen Orhan Ergin.Menopoz Öncesi ve Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyonların İncelenmesi. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi 7-8 Ekim 2016. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. İzmir.
- Yurdagül Yağmur, İlksen Orhan Ergin. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Yaşam Koşulları ve Genital Hijyen Uygulamaları. 1. Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi 11-14 Mayıs 2017. Adana.
- Yurdagül Yağmur, Hatice Oltuluoğlu, İlksen Orhan Ergin. İntrauterin Dönemde Cinsiyetin Annelerin Mutluluk Düzeyine Etkisi. 1. Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi 11-14 Mayıs 2017. Adana.
- Erman Yıldız. İlksen Orhan Ergin. Zorunlu Göç Olgusunda İhmal Edilen Alanlardan Biri: Kadın Ruh Sağlığı. 1. Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi 11-14 Mayıs 2017. Adana
- Erman Yıldız. İlksen Orhan Ergin. Doğum Sonrası Ruhsal Durumlar ve Kanıt Düzeyli Yaklaşım. 1. Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi 11-14 Mayıs 2017. Adana.

- Aysel Özdemir<sup>1</sup>, İlksen Orhan Ergin<sup>2</sup>, Zevcan Çalışkan<sup>3</sup>, Süleyman Karaca<sup>4</sup>, Cem Demirhan<sup>5</sup>.Hemşirelerin Sağlıkta Nanoteknoloji Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 15. Ulusal Öğrenci Hemşirelik Öğrenci Kongresi 28-29 Nisan 2016 Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi.
- Aysel Özdemir<sup>1</sup>, İlksen Orhan Ergin<sup>2</sup>, Sümeyye Parlak<sup>3</sup>, Mehmet Ali Akar<sup>4</sup>.Hemşirelerin Sağlıkta Nanoteknoloji Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 15. Ulusal Öğrenci Hemşirelik Öğrenci Kongresi 28-29 Nisan 2016 Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi.
- İlksen Orhan Ergin, Cem Demirhan, Zevcan Çalışkan. Y Kuşağı Öğrencilerindeki Erkek Hemşire İmajının Belirlenmesi.16. Ulusal Öğrenci Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 26-28 Nisan 2017 Bahçeşehir Üniversitesi.

#### **ÖDÜLLER**

- Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi 11-14 Mayıs 2017. Adana. En İyi Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü.

## EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı, .

Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz. Elde edilecek bilgiler bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır.

**Arş. Gör. İlksen ORHAN**

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doktora Öğrencisi

### Kişisel Bilgi Formu

#### Anket No:

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eğitim düzeyiniz nedir?  Okur-yazar  İlköğretim  
 Ortaöğretim  Yükseköğretim
3. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?  Okur-yazar  İlköğretim  
 Ortaöğretim  Yükseköğretim
4. Çocuğunuz var mı?  
 Var  
 Yok
5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?  
 Gelirim giderimden az  Gelirim giderime eşit/fazla
6. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?  
 Köy  İl  İlçe
7. Kaç yıldır menopozdasınız (adetten kesildiniz)?.....
8. Menopoza yönelik eğitim aldınız mı?  
 Evet  
 Hayır
9. Menopozal dönemi nasıl algılıyorsunuz?  
 Olumlu  Olumsuz
10. Menopoza yönelik şikayetleriniz için her hangi bir yöntem kullanıyor musunuz?  
 Evet .....  Hayır

### EK-3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)

Bu ölçekte şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınızla ilgili sorulara yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe (X) koyarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1 puan, bazen 2 puan, sık sık 3 puan, düzenli olarak 4 puan olarak değerlendirilmektedir.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük diyeti tercih ederim				
3. Doktora veya bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5. Yeterince uyurum				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programlar izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10. Haftada en az 3 kez 20 dk ve /veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (Hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, makarna ve pirinç yerim				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım(örneğin haftada 5 kez yada daha fazla yürüyüş yaparım)				

17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22. Boş zamanlarımda yüzme,dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziksel aktivite yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28. Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersiz yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32. Her gün 3-4 kez süt içerim, yoğurt veya peynir yerim				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım. (örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				

37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat ve yumurta gibi gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlara katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				



#### EK-4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

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

Hiç rahatsız edici değil \_\_\_\_\_ Son derece rahatsız edici

0 1 2 3 4 5 6

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. Kendini 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 eklemlerde ağrı	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							

<b>13.</b> Yorgun ve yıpranmış hissetme	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>14.</b> Uyuma güçlüğü	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>15.</b> Baş ve boyun arkasında ağrılar	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>16.</b> Fiziksel güçte azalma	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>17.</b> Dayanma gücünde azalma	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>18.</b> Enerjide azalma hissi	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>19.</b> Ciltte kuruluk	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>20.</b> Kilo alma	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>21.</b> Yüz tüylerinde artma	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>22.</b> Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>23.</b> Şişkinlik hissi	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>24.</b> Bel ağrısı	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>25.</b> Sık idrara çıkma	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>26.</b> Öksürürken ya da gülerken idrar kaçıрма	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>27.</b> Cinsel istekte değişiklik	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							

<b>28.</b> Cinsel ilişki sırasında vajinada ( haznede ) kururluk	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							
<b>29.</b> Cinsellikte kaçınma	---	---	→0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var							





## KATILIM BELGESİ

Sayın, **İLKSEN ORHAN**

*Mental Psikiyatri Merkezi tarafından düzenlenen Motivasyonel Görüşme Eğitimi Programını  
tamamlayarak katılım belgesi almaya hak kazanmıştır.*

*Program Koordinatörü*

*Altın SEVEN  
Nöropsikolog*

*Program Danışmanı*

*Turgay KAŞAP  
Psikiyatrist Dr.*

### EK-6. Tez çalışması Sırasında Uzman Görüşü Alınan Kişiler

<b>Uzman</b>	<b>Görev Yeri</b>	<b>Alanı</b>
Prof.Dr. Yurdağül YAĞMUR	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD
Doç. Dr. Tuba UÇAR	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Ebelik Bölümü
Uzm. Psikolog Alkım SEVEN	Mental Psikiyatri	Nöropsikolog
Dr. Öğr. Üyesi Yadigar ÇEVİK	Munzur Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Psikiyatri Hemşireliği ABD
Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Psikiyatri Hemşireliği ABD

### **EK-7.Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu)**

Araştırma, menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşme destekli danışmanlığın kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına 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 motivasyonel görüşmelerle sağlıklı yaşam biçimi ve menopozal yakınmalarla nasıl baş edeceğiniz öğretilenektir. Ayrıca sizi tanımamızı sağlayacak sosyo-demografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formu, menopozal döneme ilişkin yaşam kalitenizi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı ölçmemizi 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 bilgiler 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 İlksen ORHAN  
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı, onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

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

Adı Soyadı:

İmza

## **EK-8.Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu)**

Araştırma menopozal dönemdeki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve menopoza özgü yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sizden **sosyo-demografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formu, menopozal döneme ilişkin yaşam kalitenizi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı ölçmemizi 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 sahipsiniz. 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 İlksen ORHAN

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı, onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

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

Adı Soyadı:

İmza:

**EK-9. Munzur Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Etik  
Kurul İzni**



T.C.  
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ETİK KURULU

Sayı : 30603717-050.01.04-  
Konu : Arş. Gör. İlksen ORHAN ERGİN

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : 03/09/2018 tarihli ve 4579 sayılı " Etik Kurul" konulu yazı

Munzur Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Arş. Gör. İlksen ORHAN ERGİN'e ait "Menopozal Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu çalışma ile ilgili Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Fulya BENZER  
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurulu kararı (1 sayfa)



T.C.  
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Etik Kurulu Kararı

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No:	Çalışmacının Adı Soyadı
19.09.2018	5	3	Arş. Gör. İlksen ORHAN ERGİN

Karar

“Menopozal Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi” Konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Fulya BENZER (Başkan)	İMZA
Prof. Dr. Murat ÇİMEN (Üye)	İMZA
Doç. Dr. Nuran ÇIKCIKOĞLU YILDIRIM (Üye)	İMZA
Dr. Öğr. Üy. Yadigar ÇEVİK DURMAZ (Üye)	İMZA
Dr. Öğr. Üy. Ebru YÜCE BABACAN, (Üye)	KATILMADI
Dr. Öğr. Üy. Bayram GÜNEŞ (Üye)	İMZA
Dr. Öğr. Üy. Banu KUTLU (Üye)	KATILMADI
Dr. Öğr. Üy. Mevlüt ALATAŞ (Üye)	İMZA
Avukat Serkan ERDOĞAN (Üye)	İMZA

## EK-10. Tunceli Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/10/2018-5482



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
TUNCELİ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



00076876253

Sayı : 74656850-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talebiniz



Sn.İlksen ORHAN ERGİN  
(Munzur Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu/ TUNCELİ)

İlgi : 18.09.2018 tarihli ve 51778576/ 000- 2390 sayılı yazınız.

İlimiz 1 Nolu ve 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde "Menopozal Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu Doktora Tez araştırması ön izin talebiniz Müdürlüğümüz Araştırma Başvuruları İnceleme Komisyonu başkan ve üyelerince uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.  
Dr. Sercan ÖZAYDIN  
İl Sağlık Müdürü

Tunceli İsm Sağlığın Geliştirilmesi Birimi  
Faks No:0(428) 212 20 55

e-Posta:fatma.dogan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.tunceli.ism.saglik.gov.tr/

Bilgi için:Fatma DOĞAN  
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:(0428) 212 10 35/147

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8da61de8-43d8-460c-80af-d74daa2cafb5 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Kullanım İzni

07.09.2018

Posta - ilksenorhan@munzur.edu.tr

Re: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanım izni hakkında

Zuhal Bahar <zbahar@ku.edu.tr>

3.09.2018 (Pzt) 10:57

Kime: İlksen ORHAN <ilksenorhan@munzur.edu.tr>;

Sayın Orhan,  
Ölçeğimizi çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Kolay gelsin, sevgiler  
ZUHAL BAHAR

iPhone'umdan gönderildi

İlksen ORHAN <ilksenorhan@munzur.edu.tr> şunları yazdı (3 Eyl 2018 10:23):

İyi günler Hocam Doç. Dr. Yurdağul YAĞMUR danışmanlığında yapmayı planladığımız doktora tezimiz için geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi" izninizle kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

Arş. Gör. İlksen ORHAN

Munzur Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

## EK-12. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

07.09.2018

Posta - ilksenorhan@munzur.edu.tr

İlt: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) Hakkında

İlksen ORHAN

5.09.2018 (Çar) 12:47

Gönderilmiş Öğeler

Kime:ilksen orhan <orhan.ilksen@hotmail.com>; İLKSEN ORHAN ERGİN <ilksen.ergin@inonu.edu.tr>;

2 ekin (151 KB)

MOYKOMakale.pdf; MÖYKÖ.doc; .

**Gönderen:** Nevin Sahin <nevinsahin34@yahoo.com>

**Gönderildi:** 3 Eylül 2018 Pazartesi 19:22

**Kime:** İlksen ORHAN

**Konu:** Fw: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) Hakkında

Sayın Orhan

Çalışmanızda Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)'mizi kullanmanıza memnuniyetle izin veriyoruz.

Ekte yayınladığımız makalemizi ve ölçeğin kendisini bulacaksınız...

Herhangi bir sorunuz olursa lütfen aramaktan çekinmeyin.

İlginize teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim...

----- Forwarded Message -----

**From:** İlksen ORHAN <ilksenorhan@munzur.edu.tr>

**To:** nevinsahin34@yahoo.com <nevinsahin34@yahoo.com>

**Sent:** Monday, September 3, 2018 10:17:25 AM +03

**Subject:** Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) kullanım izni hakkında

İyi günler Hocam Doç. Dr. Yurdağül YAĞMUR danışmanlığında yapmayı planladığımız doktora tez için geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği"ni (MÖYKÖ)" izninizle kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

Arş. Gör. İlksen ORHAN

Munzur Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Prof. Dr. Nevin H. Şahin

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Bşk .

<https://outlook.office.com/owa/?realm=munzur.edu.tr&exsvurl=1&ll-cc=1055&modurl=0&path=/mail/archive>

1/2