

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARA EŞLERİN
UYGULADIĞI SIRT MASAJININ MENOPOZAL YAKINMALAR,
UYKU KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA ETKİSİ

Hazırlayan
Didem KAYA

Danışman
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

Doktora Tezi

MAYIS 2018
KAYSERİ

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARA EŞLERİN
UYGULADIĞI SIRT MASAJININ MENOPOZAL YAKINMALAR,
UYKU KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA ETKİSİ

Hazırlayan
Didem KAYA

Danışman
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

Doktora Tezi

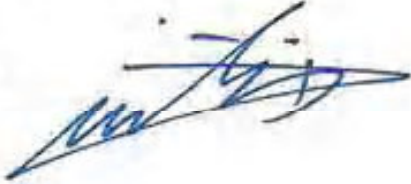
MAYIS 2018
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı Soyadı: Didem KAYA

İmza:



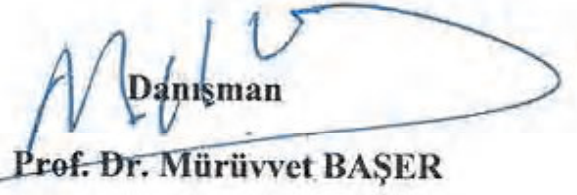
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eşlerin Uyguladığı Sırt Masajının Menopozal Yakınmalar, Uyku Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi” adlı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



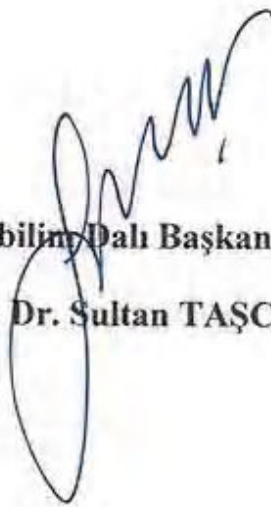
Tezi Hazırlayan

Didem KAYA



Danışman

Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER



Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Sultan TAŞCI

Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER danışmanlığında **Didem KAYA** tarafından hazırlanan “**Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eşlerin Uyguladığı Sırt Masajının Menopozal Yakınmalar, Uyku Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi**” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği** programında **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

08/05/2018

JÜRİ

İmza

Danışman: Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

(Erciyes Üniversitesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye : Doç. Dr. İskender GÜN

(Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı AD)

Üye: Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

(İnönü Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tülay BÜLBÜL

(Erciyes Üniversitesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK

(Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksek Okulu)

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 23 Mayıs 2018 tarih ve 849 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Aykut ÖZDARENDELİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bilgisi, deneyimi, ilgisi, yardımı ve hoşgörüsü ile desteğini her zaman, her anlamda yanımda hissettiğim, hayata farklı bakış açılarıyla bakmamı sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mürüvvet Başer'e sonsuz teşekkür ederim.

Tezimi hazırlama sürecinde değerli katkıları ile bana yol gösteren hocalarım; Sayın Doç. Dr. İskender Gün'e ve Sayın Doktor Öğretim Üyesi Tülay Bülbul'e çok teşekkür ederim.

Tezimin istatistiksel analizinde değerli katkıları olan Sayın Doç. Dr. Ferhan Elmalı'ya ve Arş. Gör. Naime Meriç Konar'a teşekkür ederim.

Tezimde kullandığım sırt masajı eğitim videosunun temin edilmesinde ve eğitim broşürünün hazırlanmasında uzman görüşünü aldığım, yardımını esirgemeyen Sayın Öğretim Görevlisi Coşkun Büyükdere'ye teşekkür ederim.

Tezimin uygulamasını yaptığım Sivas Yunusemre Aile Sağlığı Merkezi'nde ve Şeyhşamil Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan ve yardımlarını esirgemeyen hekim, hemşire, ebe ve yardımcı personele teşekkür ederim.

Tez çalışmama katılarak akademik bilginin gelişmesine katkı veren değerli çiftlere sonsuz teşekkür ederim.

Desteğini ve yardımını her zaman hissettiğim canım arkadaşım Arş. Gör. Dr. Ayşe Arıkan Dönmez'e çok teşekkür ederim.

İlgisini, yardımını ve sonsuz sabrını esirgemeyen, canım hocam Sayın Doktor Öğretim Üyesi Fatma Özkan Tuncay'a çok teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında yanımda olan, desteğini, sevgisini ve sabrını hiç eksik etmeyen dostum Sayın Doktor Öğretim Üyesi Şenay Aras Doğan'a çok teşekkür ederim.

Varlıklarıyla bana mutluluk ve huzur veren, en büyük şükür sebeplerim, en büyük destekçilerim başta annem olmak üzere, kızıma, abime ve tüm aileme sonsuz teşekkür ederim.

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARA EŞLERİN UYGULADIĞI SIRT
MASAJININ MENOPOZAL YAKINMALAR, UYKU KALİTESİ VE EŞ
UYUMUNA ETKİSİ**

Didem KAYA

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

Doktora Tezi, Mayıs 2018

Danışman: Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

ÖZET

Araştırma klimakterik dönemdeki kadınlara eşlerin uyguladığı sırt masajının menopozal yakınmalar, uyku kalitesi ve eş uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Haziran-Aralık 2016 tarihleri arasında iki aile sağlığı merkezinde uygulanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan 33 çift müdahale ve 30 çift kontrol grubu olmak üzere 63 çift ile araştırma yürütülmüştür. Araştırma öncesinde müdahale ve kontrol grubundaki kadınlara ve erkeklere Kişisel Bilgi Formu ve kadınlara Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Evlilik Uyumu Ölçeği (EUÖ), eşlerde Evlilik Uyumu Ölçeği (EUÖ) doldurulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların eşlerine sırt masajı öğretilmiş ve eşlerine haftada 2 kez olmak üzere 4 hafta boyunca uyku saatinden yarım saat önce 15 dakika süreyle sırt masajı yapmaları istenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır, 4 hafta sonra sırt masajı anlatılmıştır. Her iki gruba ölçekler 4 hafta sonra son kez doldurulmuştur.

Veriler ShapiroWilk testi, Fisherexact testi, iki yönlü varyans analizi, Bonferroni testi ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmada müdahale öncesi iki grubun MSDÖ, PUKİ, EUÖ ile eşlerin EUÖ puan ortalamaları birbirine benzerdir ($p>0.05$). Masaj sonrası ise; MSDÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda 15.42 puan, kontrol grubunda 0.33 puan azalmıştır ($p<0.001$). Müdahale grubunun PUKİ puan ortalaması yaklaşık 11 puan azalırken, kontrol grubunun puanında artış olmuştur ($p<0.001$). Müdahale grubundaki çiftlerin evlilik uyumunun arttığı; kontrol grubundaki çiftlerin ise evlilik uyumunun azaldığı belirlenmiştir ($p<0.001$).

Sonuç olarak, eşlerin uyguladığı sırt masajı, kadınların uyku kalitelerini ve evlilik uyumlarını artırmış, menopozal yakınmalarını azaltmıştır. Aynı zamanda erkeklerinde evlilik uyumlarını artırmıştır.

Anahtar kelimeler: Evlilik uyumu, klimakterik dönem, menopozal yakınmalar, sırt masajı, uyku kalitesi.



**THE EFFECT OF BACK MASSAGE APPLIED BY THE SPOUSES OF
WOMEN IN THE CLIMACTERIC PERIOD ON THE MENOPAUSAL
COMPLAINTS, SLEEP QUALITY AND MARITAL ADJUSTMENT**

Didem KAYA

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Nursing Department Gynecology and Obstetric Nursing

PhD Thesis, May 2018

Supervisor: Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the effect of back massage applied by the spouses of women in the climacteric period on the menopausal complaints, sleep quality and marital adjustment. The study was conducted between June and December 2016 in two family health centers. The study was carried out a total of 63 pairs which met the research criteria, of them 33 couples were intervention and 30 couples were as control group. At the beginning of the study, Personal Information Form was filled in the women and their spouses in the intervention and control group, and The Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI), Menopausal Symptoms Rating Scale (MSDS) and Marital Adjustment Scale (ESS) were also filled in the women in both groups. Back massage were taught the spouses of the women in the intervention group and were asked to apply half an hour before sleep over 15 minutes twice a week for 4 weeks. Women in the control group were not given any additional treatment, back massage was told after 4 weeks. The scales were implemented to both groups after 4 weeks.

For statistical analysis, Shapiro-Wilk, Fisher exact, two-way analysis of variance, Bonferroni tests Pearson correlation analysis were used. The statistical significance levels were considered at $p < 0.05$.

Before the intervention, the mean scores of MSDS, PUKI, ESS were similar in both groups ($p > 0.05$). After the massage, the mean total score of MSDS decreased by 15.42 points in the intervention group and by 0.33 points in the control group ($p < 0.001$). When the intervention group's PUKI score average decreased by 11 points, the score of the control group increased ($p < 0.001$). It was determined that marital

adjustment increased for the couples in the intervention group; but it decreased for the couples in the control group ($p<0.001$).

As a result, back massage applied by the spouses increased the sleep quality and marital adjustment of the women and decreased the menopausal complaints. At the same time, marital adjustment has increased in men.

Key words: Marital adjustment, climacteric period, menopausal complaints, back massage, sleep quality.



İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	xii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Menopoz İle İlgili Tanımlar	4
2.2. Menopozda Görülen Değişiklikler	4
2.2.1.Vazomotor Değişiklikler.....	4
2.2.2.Uyku Sorunları.....	5
2.2.3.Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	6
2.2.4.Duygusal Değişiklikler	6
2.2.5.Ürogenital Sistem Değişiklikleri.....	7
2.2.6.Ciltteki Değişiklikler	7
2.2.7.Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	7
2.2.8.Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri	8
2.3. Uyku ve Uyku Bozuklukları.....	8
2.4. Uykunun Evreleri.....	9
2.4.1.NREM Uykusu.....	9

2.4.2.REM Uykusu.....	9
2.5. Uykunun Fizyolojisi	10
2.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler	10
2.7. Uykusuzluk (İnsomni)	11
2.8. Evlilik Uyumu	11
2.9. Menopozal Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı	12
2.10.Masajın Tanımı ve Önemi.....	13
2.11. Masajın Organizma Üzerindeki Etkileri	14
2.11.1.Masajın Fizyolojik Etkileri.....	15
2.11.1.1.Kardiyovasküler Sisteme Etkisi	15
2.11.1.2.Solunum Sistemi Üzerine Etkisi	15
2.11.1.3.Kaslar Üzerine Etkisi.....	15
2.11.1.4.Sinir Sistemi Üzerine Etkisi.....	16
2.11.2.Psikolojik Etkileri.....	16
2.12. Masajın Endike Olduğu Durumlar.....	17
2.13.Masajın Kontrendike Olduğu Durumlar	17
2.14. Masaj Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gereken Prensipler	18
2.15.Masajın Süresi ve Sıklığı	18
2.16.Masaj Türleri	19
2.16.1.Klasik Masaj.....	19
2.16.2.Özel Teknikli Masajlar	20
2.17.Sırt Masajı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer	26

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
3.5.Araştırmaya Alınma Ölçütleri	27
3.6.Araştırmaya Alınmama Ölçütleri	27
3.7. Veri Toplama Araçları	28
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF-Ek I):	28
3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ- Ek II).....	28
3.7.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ-Ek III):	28
3.7.4. Evlilik Uyumu Ölçeği (EUÖ- Ek IV):.....	29
3.8. Ön Uygulama.....	29
3.9. Araştırmanın Uygulama Süreci	30
3.9.1. Müdahale Grubuna Yapılan İşlemler	30
3.9.3. Örneklem Grubuna Yapılan İşlemler	38
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.13. Araştırmanın Etik Yönü	39
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	56
6. KAYNAKLAR	61

KISALTMALAR ve SİMGELER

HRT	: Hormon replasman tedavisi
REM	: Rapid Eye Moment
LH	: Luteinaz Hormon
ACTH	: Adreno Kortikotiroid Hormon
GH	: Growth Hormon
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
ICSD-2	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
KBF	: Kişisel Bilgi Formu
MSDÖ	: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
EUÖ	: Evlilik Uyumu Ölçeği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem ve Son İzlem MSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem ve Son İzlem PUKİ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem ve Son İzlem EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Erkeklerin İlk İzlem ve Son İzlem EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem MSDÖ ve EUÖ Arasındaki İlişki	50
Tablo 4.7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son İzlem MSDÖ ve EUÖ Arasındaki İlişki	51
Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubu Kadınların İlk İzlem PUKİ ve MSDÖ Arasındaki İlişki	52
Tablo 4.9. Müdahale ve Kontrol Grubu Kadınların Son İzlem PUKİ ve MSDÖ Arasındaki İlişki	53
Tablo 4.10. Müdahale ve Kontrol Grubu Kadınların İlk İzlem PUKİ ve EUÖ Arasındaki İlişki	54
Tablo 4.11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son İzlem PUKİ ve EUÖ Arasındaki İlişki	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Resim 1. Sırtta iki el eflorajı	21
Resim 2. Sırtta tek el sırtıyla yapılan efloraj ve elin omuzda açılışı	21
Resim 3. Parmak petrisajı ve manipulasyonun parmak ilerleyişi.....	22
Resim 4. Sırtta friksiyon	23
Resim 5. Sırtta el kenarıyla yapılan tapotman.....	23
Resim 6. M. Latissimusdorsi'nin eflorajı.....	24
Resim 7. M Trapezin petrisajı	25
Şekil 3.9.1. Müdahale Grubu Uygulama Akış Şeması	36
Şekil 3.9.2. Kontrol Grubu Uygulama Akış Şeması.....	37
Şekil 3.9.3. Örneklem Grubu Uygulama Akış Şeması	38
Şekil 3.9.4. Çalışma Takvimi	39

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya genelinde beklenen yaşam süresi gittikçe uzamaktadır. Bu durum kadınların yaşamlarının önemli bir kısmını menopo­z dönemi içinde geçirmesine neden olmaktadır (1). Yaşam süresinin ülkemizde uzamasıyla birlikte kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopo­z ve menopo­z sonrası dönemde geçirmektedir (2).

Klimakterik dönemdeki kadınların en sık yaşadığı sorunların başında sıcak basması, gece terlemesi ve baş ağrısı şeklinde görülebilen vazomotor yakınmalar gelmektedir. Kadınların yaklaşık %60-80'inde görülen bu yakınmalar yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (3-6). Klimakterik dönemde görülen uyku bozuklukları vazomotor semptomlardan sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir (7). Klimakterik dönemdeki kadınlarda uyku güçlüğü prevalansı %14 ile %74 arasında değişmektedir (8-16). Geniş toplum katılımıyla polisomnografi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiş Wisconsin Uyku Kohort'u araştırmasında perimenopozal ve postmenopozal dönemlerdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre uyku memnuniyetsizliklerinin iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (17). Jean-Louis et al. (18) çalışmasında menopozal dönemde olan kadınlar günlük uyku sürelerinin yaklaşık %10'unu gün içinde yatağın dışında uyuduklarını ifade etmişlerdir. Menopozal dönemde olan kadınların %61'i haftada en az bir kez, gece uykusundan birkaç kez uyanmaktadırlar (19). Anttalainen et al. (20) yaptıkları çalışmada postmenopozal dönemde olan kadınlarda, premenopozal dönemde olanlara göre daha fazla uyku bozukluğu yaşandığını belirlemişlerdir. Timur ve Şahin'in (21) yaptığı araştırmanın sonucunda menopozal dönemdeki kadınlarda uykusuzluk prevalansının %54,

uykusuzluk gelişme riskinin perimenopozal dönemdeki kadınlarda premenopozal dönemdeki kadınlara göre 2.4 kat fazla olduğu saptanmıştır.

Menopozal semptomları azaltmak için hekim kontrolünde verilen hormon replasman tedavisinin (HRT) yanı sıra birçok farklı ülkede, pek çok kadın tarafından yaygın olarak kullanılan soya bazlı yiyecek, şifalı otlar, akupunktur ve yoga gibi alternatif tedaviler ve tamamlayıcı ilaçlar vardır. HRT'nin olumsuz etkileri nedeniyle farmakolojik olmayan girişimlere talep artmış ve terapötik kaynaklı masajın sağlığa katkıda bulunduğu ve güvenilir olduğu kadınlar tarafından kabul edilmeye başlanmıştır (22). Masaj yaygın bir tedavi aracı olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte lenf sistemi, bağ dokusu ve kaslarda arteriyel ve venöz kan akımının sağlanmasında etkili olduğu ve ödem için bir tedavi seçeneği olarak kabul edildiği bilinmektedir. Masaj ile kasa verilen uyarılar, dokunma, basınç, ısı, titreşim ve ağrı reseptörlerinden hareket ederek, periferik ve otonom sinir sistemi tarafından merkezi sinir sistemine iletilmektedir. Nörokimyasal reaksiyonlar tetiklenerek dismenorenin azalması, homeostazisin düzenlenmesi, diürezin artması, peristaltizm, solunum ve kalp hızının azalması, iyilik, huzur, uyku da artış ve rahatlama gibi klinik belirtiler görülmektedir (23). Bazı çalışmalarda anti-stres masajını takiben uykusuzlukta iyileşme saptanmıştır (24,25). Kadınların menopozun bir belirtisi olan uykusuzluğu yaşadıkları ve alternatif terapilerden özellikle vücut terapilerini ilk sırada seçme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (26). Uykusuzluk yaşayan postmenopozal kadınlarda masajın yararlarını araştıran yeni bir pilot çalışmanın sonuçlarında, araştırma grubunun polisomnografi sonucuna göre uyku düzeninde iyileşme, uykunun birinci evresinde ve Rapid Eye Moment (REM)'e geçişteki gecikmede azalma, uykunun 3. ve 4. evrelerinde artışa ek olarak anksiyete ve depresyonda da düzelme olduğu bulunmuştur (27).

Klimakteriyumda hormonal değişikliklere bağlı görülen fiziksel değişikliklerin yanı sıra kadınlarda gelişen sinirlilik, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar aile ortamındaki ilişkileri, özellikle de eş ile olan iletişimi olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Bunun yanı sıra uyumsuz bir evliliğin menopozal yakınmaları artırabileceği de düşünülmektedir (28). Menopozal yakınmalar ile evlilik uyumu ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, uyumlu evlilik yaşantısı olan kadınların menopozal yakınmaları daha az hissettiği belirlenmiştir (28-35).

Menopozal dönem fizyolojik olmasına karşın, yaşamı sıkıntıya sokan ve yaşam kalitesini azaltan patolojik olaylarla birlikte seyrettiği için sağlık çalışanları tarafından özel olarak ele alınması gereken bir dönemdir. Hemşirelerin menopozal dönemdeki kadınlara yardım edebilmesi için, dönemin özelliklerini, oluşabilecek değişiklikleri ve bu değişiklikler karşısında yapılması gereken bakım, eğitim ve danışmanlığı içeren sağlık hizmetlerini çok iyi bilmesi gerekir (36). Uykusuzluğun azaltılmasında masaj uygulamasının etkili olduğunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur (37-44). Ancak ülkemizde klimakterik dönemde uykusuzluğun ve menopozal yakınmaların azaltılmasında masajın etkisini ortaya koyan bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca literatürde klimakterik dönemde olan kadına eşi tarafından uygulanan masajın menopozal yakınmalar, uyku kalitesi ve eş uyumuna etkisini belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu nedenle araştırma, klimakterik dönemdeki kadınlara eşlerin uyguladığı sırt masajının menopozal yakınmalar, uyku kalitesi ve eş uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz İle İlgili Tanımlar

Klimakteriyum kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin yitirildiği çağa geçtiği bir yaşam dönemidir. Bu dönem 40-45 yaşlarında başlar, 65 yaşa kadar sürer. Premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopozal dönemlerden oluşan bu dönemde kadın hayatında biyopsikososyal bazı değişimler de görülür. Klimakteriyumun ilk fazı olan premenopoz, menopoz öncesi bir-iki yıllık dönemi kapsar. Bu faz düzensiz menstrual siklus, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklarla karakterizedir. Menstruasyonu bir yıl boyunca yaşamayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilir. Perimenopoz; premenopoz, menopoz ve menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsamaktadır. Menopozdan yaşlılığa kadar süren bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve üreme yeteneği ortadan kalkmıştır (45).

2.2. Menopozda Görülen Değişiklikler

2.2.1.Vazomotor Değişiklikler

Mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olan vazomotor değişiklikler genellikle yüz kızarması, sıcak basması, gece terlemesi şeklinde görülmekte olup bu üç belirti "sıcak basması" olarak adlandırılmaktadır. Perimenopoz ve postmenopozdaki kadınların %75-85'i ateş basmalarından yakınıdır. Bu yüzde doğal menopozda %37-50 iken cerrahi menopozda %75-90 arasında olmakta; yüz, boyun ve göğüste rahatsız edici sıcak basması hissi ve sonrasında terleme şeklinde görülmektedir. Sıcak basmasındaki başlatıcı mekanizma tam olarak bilinmemekle beraber, oluşumundaki fizyolojik basamaklar daha iyi anlaşılmıştır. Fizyolojik değişiklikler; cildin yalıtkanlığında azalma, cildin ısısındaki artış, vücut santral ısısında azalma, kalp atım hızında artma, ellere doğru kan akımı artışı, servikal sempatik yol boyunca vazodilatasyon, Luteinaz

Hormon (LH), Adreno Kortikotiroid Hormon (ACTH), Growth Hormon (GH), Kortikosteroid, Androstenodionda artış, kalıcı (REM) uykunun bölünmesi şeklinde sıralanabilir. Sıcak basmaları, aniden gelen ısı dalgalanmaları şeklindedir. Göğsün üstü ve boyunda başlayarak, çene, yüz ve başa doğru ilerleyen kızarma dışarıdan da fark edilir. Deri rengi, pembeden kırmızıya kadar değişir. Sıcak basmalarının süresi birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar sürebilir ve günde 3-12 kez gerçekleşebilir. Isı artışıdan sonra özellikle etkilenen bölgelerde yoğun terleme ile ısı düşer. Özellikle gece meydana gelen ısı değişimleri ve terleme, uykudan uyandıracak kadar şiddetli olabilir (46).

2.2.2.Uyku Sorunları

Menopozal dönemde yaşanan uyku güçlüğü, gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir (36).

Östrojen ve progesteronun serumda düşük olmasının üst hava yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azaltarak uyku apnesinde rolü olduğu düşünülmektedir. Östrojen, uykuya geçişi kolaylaştıran ve uykunun REM fazını hem sayı hem de süre olarak arttıran bir hormondur. Buna bağlı olarak postmenopozal kadınlarda uykuya dalma süresi uzar, REM evresinin süresi azalır, uykuya geçiş zorlaşır ve kadın kendini yorgun hissederek uyanır. Ayrıca östrojen azalması, düzenli uykuda önemli rolü olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (47).

Hollanda'da 10598 kadının katıldığı bir araştırmada, uyku güçlüğü ile sıcak basması arasında, yaş etkeninin kontrolünden sonra güçlü bir ilişki bulunmuştur (48). Freedman ve Roehrs'in menopozda uyku sorunları ile ilgili yaptığı iki çalışmanın sonucuna göre; gece uykusunun ilk yarısında kadınların sıcak basmasından dolayı uykularının bölündüğü saptanmıştır (49,50). Dzaja ve arkadaşları semptomatik menopozal kadınların %68-85'inde vazomotor semptomlar, %51-77'sinde ise uyku bozuklukları tespit etmişlerdir (51). Ensrud et al. yaptığı çalışmada da uyku sorunlarının sıcak basmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür (52).

Cerrahi menopoz, sigara içmek, alkol kullanmak, beden kitle indeksinin yüksek olması, daha az fiziksel aktivite yapmak, depresyon, stres, tüketilen kafein miktarı ve zamanı, kronik hastalığın varlığı, kullanılan ilaçlar, yaşam biçimi, sevdiği kişilerin kaybı gibi faktörler uyku bozukluğuna neden olabilmektedir (36).

2.2.3.Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Östrojen ve progesteronun gastrik motilite üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (53). Menopozda östrojen eksikliği ile ilişkili olarak metabolik hız azalır, kolesterol düzeyinde artış görülür ve kilo almaya eğilim artar (45). Premenopozal dönemde kolon spazmı, intestinal distansiyon, dispepsi ve konstipasyon şikayetleri meydana gelmektedir (53).

2.2.4.Duygusal Değişiklikler

Çok sayıda kadın, orta yaş dönemlerinde mizaç ve konsantrasyon değişiklikleri, irritabilite, sinirlilik ve depresyon rapor etmişlerdir. Yaşamın bu döneminde meydana gelen psikososyal değişiklikler, eş ilişkilerindeki değişiklikler, eş kaybı, yaşın vücutta meydana getirdiği değişiklikler, eş veya çocukların bakım gereksinimi, rol değişiklikleri mizaç değişikliklerini etkileyebilir. Perimenopozal kadınlarda hormonal değişiklikler, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki izah edilebilir. Hem santral hem periferik sinir sistemi 17 beta östradiol duyarlı hücreler içerir ve beyin overyen steroid yokluğuna cevap verir. Östrojen, beyindeki serotonin içeriğini, nörotransmitter varlığını ve konsantrasyonunu etkiler. Araştırmalar monoamin oksidaz azalmasının östrojenin artmasına neden olduğunu göstermektedir. Serotonini katabolize eden bu enzim, serbest tryptopan miktarını düzenler, serotoninin ön maddesidir ve serotonin transportunu artırır (1). Klimakterik dönemde fizyolojik ve biyokimyasal değişimler, orta yaş dönemi ve kültürel özellikler emosyonel dengeyi etkileyen üç faktördür.

Fizyolojik değişiklikler: Araştırmacılar östrojen ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Menopozda yaşanan emosyonel değişimlerin büyük bir kısmının, hormonal değişimlerin psikoloji üzerine olan etkisinden kaynaklandığı düşünülmekle birlikte, hangi biokimyasal sürecin bu etkilenmede rol aldığı henüz saptanamamıştır (45).

Orta yaş dönemi: Menopozal semptomlara gonadal ve pitüiter hormon seviyelerindeki değişimler neden olarak gösterilmekle birlikte menopozun, kendine özgü stres faktörlerinin olduğu orta yaş dönemine denk gelmesinin bu yakınmaları artıracığı da unutulmamalıdır (45).

Kültürel özellikler: Hayatlarında en önemli rollerini annelik olarak gören kadınlar için menopoz bir “son”u sembolize eder. Diğer bir kısım için ise menopoz fiziksel yeteneklerin, enerjinin, çekiciliğin kaybı olarak algılanır. Batı kültüründe yaşam

tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri yoktur. Bu nedenle yaşlılar statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşarlar. Yaşlılıkla birlikte kadının statü kazandığı kültürlerde menopozdaki kadınlar arasında depresyon gözlenmemiştir (45).

2.2.5.Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Birbirine yakın olarak gelişen dişi genital ve idrar yollarının, her ikisi de embriyolojik ürogenital sinüsten kaynaklanır ve her ikisi de östrojene duyarlıdır. Vajinanın, proksimal ve distal üretra epitelinin yüksek bir östrojen reseptörü konsantrasyonu vardır. Seks steroidlerinde, özellikle de östrojenlerde dalgalanmalar, alt üriner sistemde semptomatik ve ürodinamik değişikliklerle sonuçlanır. Menopozdan sonra vajina vaskülaritesinde bir azalma oluşur ve ince, iltihaplı ve ülserli bir yapı gelişir. Rahim boynunda ve uterus korpusunda atrofi gelişerek, korpus:serviks oranı çocukluk çağına geri döner. Postmenopozal genital atrofi disparoni, pururitis vulva, disüri ve inkontinans ile ilişkilidir (54).

2.2.6.Ciltteki Değişiklikler

Menopozdaki kadınların cildinde; kuruluk, artan terleme, buruşma, cildin genel sarkması (meme pitozu dahil), cildin incelmesi ve yara iyileşmesinin gecikmesi gibi çok sayıda değişiklik meydana gelir. Deri uzantıları da etkilenir ve aşırı yüz kılları ve saç derisi incelmesi, menopoza eşlik eden göreceli hiperandrojenizm belirtileridir (55). Menopozal dönemde östrojendeki azalma hem cilt kalınlığında hem de kollajen içeriğinde bir azalmaya neden olarak, kuru, buruşmuş, pul pul dökülmüş bir cilt meydana getirir. Menopozdan sonra dermisin atrofisi dermisin kollajen içeriğindeki azalmaya bağlıdır. Tip I kollajen ve olgunlaşmamış ve indirgenebilir çapraz bağlarda hidroksiprolin ve glikozile hidroksilisın miktarı yaşla birlikte azalır. Bu değişikliklerin yaşlanma süreci için ne kadar temel olduğu hala bilinmemektedir. Estrojenlerin aslında su, glikozaminoglikanlar ve kollajenin dermal içeriğini arttırdığı belirlenmiştir. Dermal fibroblastlarda hem östrojen hem de androjen reseptörleri tanımlanmıştır (54).

2.2.7.Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar postmenopozal kadınlarda hastalık ve ölüme yol açan nedenlerden biridir. Erkekler, 50 yaşın altındaki kadınlardan 3 kat daha fazla ölüm riski altında iken, 65’li yaşlarda ölüm riski her iki cinsiyette eşitlenmektedir. Kadınlarda kardiyovasküler hastalık riskindeki yükselme, menopozdan sonra östrojen kaybı

nedeniyle kolesterol ve trigliserit seviyelerindeki patolojik yükselme ile ilgilidir. Postmenopozal östrojen düşmesine eşlik eden yağ metabolizmasındaki değişiklikler yavaşça arterioskleroz oluşmasına neden olur. Bu değişikliklere diyabet, obezite, sigara içme, kan basıncında yükselme ve genetik faktörlerin de etkisi vardır (45).

2.2.8.Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri

Osteoporoz, kemik yoğunluğunun azalması, kemiklerin gözenekli, kırılğan ve kırıklara duyarlı olmasıyla karakterizedir. Kırıkların en yaygın yeri omurga, bilek, kalçalar, kol, ayak ve ayak parmaklarıdır. Osteoporoz büyük bir halk sağlığı sorunudur. Risk faktörleri arasında, genetik faktörler, geç menarş, erken menopoz, hareketsiz yaşam vardır. Kadının sigara içmesi, alkol kullanması, fazla miktarda kafein tüketimi osteoporoz riskini artıran durumlardır. Kortikosteroid ve bazı antikonvülsan ilaçlar da kemik yoğunluğunu azaltır. Yetersiz kalsiyum ve yetersiz D vitamini alımı osteoporoz riskini artıran faktörlerdir (56). Osteoporoz ile östrojen arasındaki ilişki karmaşıktır. Östrojen vitamin D'nin, aktif vitamin D'ye dönüşmesinde ve tiroidden kalsitonin salgılanmasında temel elementtir. Aktif vitamin D, kalsiyum ve fosforun barsak lümeninden dolaşıma emilimini sağlarken, kalsitonin de kemik reabsorbsiyonunu önleyerek kemik yoğunluğunun devamını sağlar. Normalde kemik formasyonu olan osteoblastik aktivite ile kemik reabsorbsiyonu olan osteoklastik aktivite arasında bir denge vardır. Östrojen osteoblastik aktiviteyi, kemik hücreleri olan osteoblastların yapımını uyararak etkiler. Postmenopozal dönemde östrojen düzeyindeki azalma sonucu hem barsakların kalsiyum emilimi engellenecek hem de osteoblastik ve osteoklastik aktivite arasındaki denge bozulacaktır. Vücut, kalsiyumu barsak kaynağından elde edemediği zaman başlıca kalsiyum kaynağı olan kemiklerden çekecektir (45).

2.3. Uyku ve Uyku Bozuklukları

Uyku sorunları, hemen her hastalıkta bir semptom olarak görülebilen bir durumdur. Çocuklarda, erişkinlerde ve özellikle yaşlılarda uyku sorunlarının yaygınlığının %30'un üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Yaşadığımız yüzyıla kadar uyku bozuklukları anamnez, gözlem ve muayene yolu ile tanılanmaya ve tedavi edilmeye çalışılıyordu. Gece boyunca uykuda yaşanan fizyolojik parametrenin eşzamanlı kaydını, analiz ve yorumlamasını belirlemek ve değerlendirmek amacıyla polisomnografiden faydalanılmaktadır (57). Uyku fizyolojik olarak, Non-Rapid Eye Movement/Hızlı Göz

Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM) ve REM olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır (50,52).

2.4. Uykunun Evreleri

2.4.1.NREM Uykusu

NREM evresi iki kısma ayrılmaktadır:

- a. Yüzeysel uyku (1. evre ve kısmen 2. evre)
- b. Derin uyku (yavaş dalga uykusu) (3. ve 4. evreler)

Evre 1: Uyku ve uyanıklık arasındaki geçiş evresidir ve uyku yüzeysel düzeydedir. Kişi çevresel uyaranlarla hemen uyandırılabilir. Fizyolojik aktiviteler azalmaya başlar, kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlar. Bu evre bir ile yedi dakika arasındadır.

Evre 2: Uyku 1. evreye göre daha derindir, uyandırma daha güçtür. Ancak beyin önemli ve önemsizi ayırt edebilir. Örneğin bir anne gök gürültüsünü işitip uyanmayabilirken, bebeğinin sesi ile uyanabilir. Nabız ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır. Vücut ısısı düşer. Bu evre on ile yirmi dakika arasındadır.

Evre 3: Bireyi uyandırmak için güçlü bir uyaran gerekir. Parasempatik sinir sisteminin etkisi ile solunum düzenli, nabız yavaş ve vücut sıcaklığı düşüktür. Kaslar tamamen gevşemiştir. Protein sentezi artar. Bu evre on beş ve otuz dakika arasındadır.

Evre 4: Vücudun fiziksel olarak dinlendiği, fizyolojik olayların meydana geldiği ve uyku siklusunun en derin evresidir. Horlama, anlamsız konuşma, uyurgezerlik ve idrar kaçırma görülebilir. Somatotropin ve büyüme hormonu salgılanır. Kişi bu evrede zor uyandırılır. Bu evre on beş ile otuz dakika sürer (57).

2.4.2.REM Uykusu

REM uykusu, genellikle uykunun başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra başlar. Bu dönemde solunum ve göz kasları hariç, başta boyun kasları olmak üzere iskelet kaslarında tonüs kaybı olmakta ve REM uykusu başlamaktadır. Bu sırada bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış dikkati çekmektedir. Rüyaların %80'i REM sırasında görülür veya bu dönemde görülen rüyalar hatırlanır. Solunum sayısı ve derinliği değişmekte, bradikardi, taşikardi dönemleri gözlenmekte, gastrik sekresyonda artmaktadır (57).

2.5. Uykunun Fizyolojisi

Ponsun alt yarısı ve medulla oblongatadaki rafe çekirdeği uykuda etkilidir. Buradan çıkan lifler retiküler formasyon ve yukarıya doğru talamus, neokorteks, hipotalamus ve limbik sistemin birçok alanına yayılır. Bu liflerin ucundan serotonin salgılanmaktadır. Bu nedenle serotonin uyku oluşumunda temel transmitterdir. Dopaminerjik nöronlar uyanıklık sürecinde rol oynamaktadırlar. Noradrenerjik ve kolinergik maddelerle çalışan sistemler uyanıklık ve REM uykusundan sorumludurlar (58).

2.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uykuyla ilişkili olan pek çok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- *Yaş ve cinsiyet:* İlerleyen yaşlarda uyuma süresi azalır, uykuda bölünmeler artar, uykuya geçme süresi uzar (59).
- *Fiziksel etkinlik:* Gün içinde yapılan fiziksel egzersizler bireyin yorulmasına ve çoğu kez uykuya hızlı şekilde geçilmesine neden olmaktadır. Aşırı yorgunlukta REM uykusunun ilk evresi azalırken, kişi dinlendikçe REM evreleri artmaya başlamaktadır (59,60).
- *Beslenme:* Ağır yemekler, kafeinli içecekler, kola ve çikolata uyku düzenini bozabilir. Kafeinli içecekler uyumayı zorlaştırırken, proteinli besinler uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır. Karbonhidratlar serotonin düzeyine etki ederek kişide sakinlik ve rahatlamaya neden olmaktadır (59,60).
- *Sigara içme:* Nikotin uykuya geçişi zorlaştırmaktadır (59,60).
- *İlaçlar ve diğer maddeler:* Birçok ilaç, alkol gibi maddeler uyku kalitesini bozmakta ve uykusuzluğa neden olmaktadır (59,60).
- *Hastalıklar:* Gastrit, kardiyak hastalıklar gibi pek çok hastalık, ağrı, fiziksel sorunlar, anksiyete ve depresyon uykusuzluğa neden olmaktadır (59,60).
- *Yaşam biçimi:* Bireyin günlük yaptığı uygulamalar, iş yaşantısı uyku kalitesi ve süresini etkileyebilmektedir (59,60).

- *Çevresel etkenler:* Çevre uykuya dalmayı kolaylaştırabildiği gibi bazen de uykuyu engelleyici bir etken olmaktadır. Gürültü, aşırı sıcak ya da soğuk ortam uyku kalitesini bozabilmektedir (59,60).
- *Patolojik etkenler:* Üzüntü, anksiyete, depresyon, korku ve kayıp gibi etkenler uyku kalitesini bozmaktadır (59,60).

2.7. Uykusuzluk (İnsomni)

Her birey yaşantısında uyuma güçlüğü ile karşılaşmıştır. Bu duruma bazen bir hastalık bazen de kullanılan ilaçların yan etkisi neden olmaktadır. Uyku miktarının ve bütünlüğünün yeterli olmasına karşın kişinin uyandıktan sonra kendisini dinlenmiş hissetmemesi de bir diğer uykusuzluk belirtisidir. Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasına (ICSD-2) göre insomnia sınıflandırması şu şekildedir (61):

1. Uyum bozukluğuna bağlı insomni (Akut insomni)
2. Psikofizyolojik insomni
3. Paradoksal insomni
4. İdiyopatik insomni
5. Psikiyatrik bozukluklara bağlı insomni
6. Yetersiz uyku hijyenine bağlı insomni
7. Çocukluk dönemi davranışsal insomni
8. Tıbbi durumlara bağlı insomni
9. İlaç veya madde kullanımına bağlı insomni
10. Belirlenmemiş (Organik Olmayan) insomni
11. Fizyolojik (Organik) insomni.

2.8. Evlilik Uyumu

Evlilik, kültürler arasında farklılıklar gösterse de tüm toplumlarda geleneksel olarak oturmuş, resmi olarak kabul edilmiş tek birliktelik şeklidir. Bu birliktelik, toplumları güçlü kılar. Evliliği anlayabilmek için onun biyopsikososyal ve kültürel bileşenlerini bilmek önemlidir. İnsanın doğal yapısı evlenmeye yöneliktir. İki cinsiyetin de birbirine cinsel eğilimi vardır. Bu eğilim, içgüdüsel ve insanlığın devamı için gereklidir.

Kültürler, kadın ve erkek arasındaki içgüdüsel çekimi kurum haline getirir ve kültürlerde evlilikle ilgili standartlar birbirinden farklılıklar gösterir. İnsanın iletişim tarzı, problem çözme becerisi ve düşünme tarzı da evlilikteki standartları etkileyen faktörlerdir. Bu faktörler, evliliğin karşılıklı anlayışa dayalı devam etmesini sağlar (62).

Evlilik ilişkisi, evlilik doyumu, evlilik mutluluğu ve evlilik uyumu gibi kavramlar, pek çok araştırmaya temel oluşturmuştur. Evlilik uyumu, evlilik doyumu, evlilik mutluluğu ve evlilik bütünlüğü kavramları evlilik ilişkisinin kalitesini anlatmak için kullanılan kavramlardır (63). Evlilik uyumu genelde evlilik mutluluğu ile birlikte cinsel doyum, olumlu iletişim ve eğer yeniden evlenilecek olursa yine aynı kişiyle evlenme isteği gibi farklı evlilik uyumu ölçütleriyle belirlenmektedir (64). Evlilik uyumu ile ilgili yapılan araştırmalarda bu uyumun hangi alanlarda bozulduğuna dair çeşitli sonuçlar elde edilmiş, eşlerin kişilik yapıları, bağlanma biçimleri, cinsel yaşam kalitesi, eşlerin fiziksel ve ruhsal durumları ve evliliği etkiyebilecek sosyodemografik özellikler üzerinde durulmuştur (63,65,66).

Menopoz döneminde evlilik bağı da çok önemlidir. Menopozal dönem, çeşitli yakınmaların yanı sıra bazen hastalık süreci ile de kadın ve aileyi etkileyen sorunlu bir dönemdir. Kadınların bu dönemde yaşadığı değişiklikler eşlerini de etkilemektedir (28). Bu dönemde eş, önemli bir destek faktörü olarak görülmekte, yakın akraba ve arkadaşlık, eşin verdiği desteği karşılayamamaktadır (29). Menopozal yakınmalar ile evlilik uyumu ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, uyumlu evlilik yaşıntısı olan kadınların menopozal yakınmaları daha az hissettiği belirlenmiştir (28,29,31-34). Kurpius, Nicpon ve Maresh (35) tarafından bu yönde yapılan bir çalışmada mutlu evlilik ilişkisine sahip olanların daha fazla pozitif duygu durumuna sahip olduğu belirlenmiştir.

2.9. Menopozal Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı

Kadınların doğuştan beklenen yaşam sürelerinin artması, menopoz sonrasında geçirdikleri süreyi de artırmaktadır. Klimakterik dönemde östrojen eksikliğine bağlı fiziksel ve psikolojik bazı değişimler olmakta ve bununla ilişkili sorunlar yaşanabilmektedir. Menopozal dönem fizyolojik olmasına karşın, yaşam kalitesini azaltan patolojik olaylarla beraber seyrettiğinden sağlık çalışanları tarafından özel olarak değerlendirilmesi gereken bir dönemdir. Hemşireler klimakterik dönemde olan kadınlara yardımcı olabilmeleri için, dönemin özelliklerini, yaşanabilecek değişimleri

ve başa çıkma yollarını, menopozal semptomların erken belirlenmesini çok iyi bilmelidirler (36,67,68).

Menopozal dönemde en sık yaşanan sorun sıcak basmasıdır. Perimenopoz ve postmenopozdaki kadınların %75-85'i ateş basmalarından yakınır (46). Sıcak basması yaşayan kadınların hemşirelik bakım ve eğitiminde; diyetlerinde; sıcak içecek ve baharatlı yiyecek tüketimi, çay, kahve, alkol ve kafeinden kaçınmaları önerilmektedir (45). Günlük yaşamlarında ise, aşırı stres, gergin ve heyecanlı ortamlardan kaçınmak sıcak basmasını azaltmaktadır (45,69). Luoto et al. (70) haftada dört kez 50 dakika egzersiz yapan kadınların sıcak basmasını daha az yaşadıklarını bulmuşlardır. Sempatik aktivasyonu azaltan gevşeme tekniklerinin kullanılması sıcak basması gibi semptomları engellemede faydalı olabilir. Derin nefes alıp verme, gevşeme tekniklerinin en kolaydır (71).

Menopozal dönemde gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra yaşanan en önemli şikayetlerden birisi uykusuzluktur (36). Uykusuzluğun azaltılması için; gevşeme teknikleri kullanılmasının (72), terapötik masaj uygulaması (41) ve yoga yapılmasının (73), akupunktur uygulanmasının (74), düzenli egzersiz yapılmasının (75) hem uykusuzluk sorununu hem de yaşanan psikolojik sıkıntıları azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Kemiklerde kitle kaybının yaşanması osteoporoza ve kırıklara yol açmaktadır. Vitamin A, vitamin D ve prebiyotik alımı kalsiyum ve fosfat konsantrasyonu için önemli olduğundan kemik gücünü artırır ve kırık oluşumunu azaltır (76,77). Ayrıca yine düzenli egzersizin hem kas, kemik kuvvetini artırdığı, hem de kardiyovasküler hastalıkları azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (78).

Menopozal dönemde olan kadınları etkileyen bir başka sorun da ürogenital sistemde yaşanan değişimlerdir. Yapılan bir çalışmada iki hafta boyunca her gün prebiyotik kullanımının vaginal florayı geliştirdiği bulunmuştur (79). Yine başka bir çalışmada E vitamini alımının vajen duvarına olan kan akımını artırarak vajinal kuruluğu gidermede etkili olduğu sonucuna varılmıştır (80). Kegel egzersizleri ve cinsel ilişkiden hemen önce idrarın yapılması yakınmaları azaltabilir veya düzeltebilir (81).

2.10.Masajın Tanımı ve Önemi

Masaj tedavi amacıyla vücuda, özellikle yumuşak dokulara sistematik olarak uygulanan el hareketleridir. Masaj; Arapça “massa” (dokunma), eski Yunanca “massein” (yoğurma), Sanskritce “makch” (vurma) sözcüklerinden dilimize uyarlanmıştır. Masajın

felsefesi, uygulama teknikleri ve amaçları çağlar boyunca gelişmiş ve günümüzde de değişmeye devam etmiştir. Hippocrates “On Articulations” kitabında masajın önemi, endikasyon ve kontrendikasyonlarını açıklamıştır. 20. yüzyılın sonlarına doğru masajın fizyolojik etkileri daha iyi anlaşılmış ve gözde bir tedavi yöntemi olmuştur (82).

Düzenli yapılan masaj sadece ağrı uyarılarının algılanışını bloke etmez, aynı zamanda ağrıları artıran kas kasılmalarının ve spazmların etkisiz hale gelmesine de yardımcı olur. Masaj kaslarda biriken metabolik artıkların yok olmasını hızlandırır, dokuların oksijenlenmesini artırır ve sinir sistemindeki gevşeme yanıtlarını uyarır (83). Sırt masajına üç-beş dakika devam edilmesi fizyolojik olarak olumlu etkiler sağlar. Sırt masajının banyodan sonra ve akşam saatlerinde yapılması, uykunun düzenlenmesi ve gevşemede daha etkili olmaktadır (84).

Masaja ilginin giderek artması deneysel kanıtlara dayanmasıyla paralellik göstermektedir. Bir çalışmada hekimlerin %83’ünün masajı kendi uygulamalarına destek olarak gördükleri ve %71’inin masaj terapisini önerdikleri belirtilmiştir. Hemşirelik alanında masajın hastaların ağrısını azalttığı ve fazla ağrı kesici kullanımını önlediğine yönelik araştırma sonuçları vardır (85).

2.11. Masajın Organizma Üzerindeki Etkileri

Masajın vücuda etkileri “beklentiler” ve “gerçekler” arasındadır. Örneğin bir Hintli için Ayurveda masajından beklenen faydalar neredeyse sayısızdır. Ona göre masaj; genç kalmayı uzatıcı, bedeni güçlü kılıcı, deriyi sıkılaştırıcı, daha iyi görmeyi sağlayıcı, uykusuzluğu azaltıcı, bağışıklık sistemini kuvvetlendiricidir. Masajdan bu beklentiler bile kişinin kendini iyi hissetmesine yetebilir (86).

Masajın organizma üzerindeki “gerçek” etkileriyle ilgili birçok çalışma yapılmaya devam etmektedir. Masajın organizma üzerinde fiziksel (mekanik), fizyolojik ve psikolojik etkileri olduğu söylenebilir. Masaj mekanik etki ile ven ve lenf dolaşımını hızlandırır, yanı sıra kas lifleri arasındaki yapışıklıkları çözer, kasların gerginliğini azaltır. Masaj hareketlerinden vibrasyonun mekanik etkisi ile kas krampları kolayca çözülebilir. Fizyolojik olarak masajın, lenfatik, kapiller ve venöz sistemde sıvı dolaşımını hızlandırdığı böylece dolaşım sistemine destek olduğu öne sürülür. Bu fizyolojik etki göz önünde tutularak masajda hareketler kalbe doğru yöneltilir (86).

2.11.1.Masajın Fizyolojik Etkileri

Aşağıda masajın insan fizyolojisi üzerine etkileri sistemlere göre ayrılarak açıklanmıştır.

2.11.1.1.Kardiyovasküler Sisteme Etkisi

Arteriyel kan akımı: Wainapel ve Fast'in belirttiğine göre Wakim ve arkadaşlarının araştırmalarına göre, 1900'lerin ilk yıllarında masajdan sonra deri ısısının 3 °C arttığı bildirilmiştir. Masaj hafif olsa bile lokal akson refleksleri ile yüzeysel arterleri dilate edebilir ve kan akımını artırabilir. Hafif bası ile karşılaştırıldığında, sağlıklı bir yetişkine uygulanan güçlü masaj, bölgesel kan akımı ve stroke volümde uzun süreli artışlara neden olabilir (87).

Venöz kan akımı: Derin masaj sonrası ortaya çıkan venöz kan akımındaki artış eksternal pnömotik kompresyonla üretilenle aynıdır. Sabit, derin el masajı uygulandığında venöz kan akımında artışa neden olabilecek benzer basıncın oluşturulabileceğine ve böylece kardiyak stroke volümün arttığına inanılmaktadır. Venöz dönüşteki artış intertisyel sıvının normal ozmotik basıncı eski haline gelir ve ödem azalır (87).

2.11.1.2.Solunum Sistemi Üzerine Etkisi

Drenaj pozisyonundaki hastaların toraksına tapotman (avuç içleri ve parmak uçlarıyla vurularak yapılan uyarılarla), yer çekiminin de etkisi ve vibrasyonla akciğerlerin aktif olmayan bölgelerindeki salgı birikimleri de dışarı atılabilir (84).

2.11.1.3.Kaslar Üzerine Etkisi

Masaj, fazla çalışma sonucu kaslarda biriken laktik asit gibi metabolik atıkları uzaklaştırır ve yorgunluğu giderir. Masajla kaslar güç kazanır, ağrılı kas spazmları tedavi edilebilir. Masaj yorgun olan kasların daha çabuk dinlenmesini ve gevşemesini sağlar. Masaj yapılan kaslar dolaşımın canlanmasıyla yaralanmalara karşı daha dirençlidir, aşırı zorlanmalara daha iyi uyum gösterir ve esneklik kazanır. Özellikle felçli kaslarda görülen tonüs azalmaları masajla giderilebilir. Masaj yetersiz harekette, yaralanmalarda, felçlerde olası kas atrofisini engellemez ancak sertleşme, fibröz doku oluşumu ve istemsiz kasılmalar bilinçli yapılan masajla engellenebilmektedir (88).

2.11.1.4.Sinir Sistemi Üzerine Etkisi

Ağrı: Masaj ağrının azaltılmasında da kullanılmaktadır. Ağrının kapı kontrol teorisine dayalı olarak kütanöz mekanoreseptörlerin güçlü bir stimülatörü olan masaj, impulsları büyük, hızlı liflerle spinal korda substanti geltinoasaya iletir. Bu impulslar ağrılı uyarının küçük, yavaş sinir lifleri ile aynı spinal segmente girişimini engeller. Böylece kapının kapanmasına neden olarak kısa süreli analjezi sağlar. Masaj ayrıca enfekalinler gibi endojenopioidlerin salınımını sağlayarak ağrıyı uzun süreli azaltmaktadır (87).

Refleksler: Spinal kord yaralanması olan hastalarda Hoffman refleksi amplitüdünü ölçerek triseps baldır kasına uygulanan 3 dakikalık masajın nöromusküler eksitabilite üzerindeki etkisine çalışılmıştır. Masaj sırasında Hoffman refleksi amplitüdünde %60-80 azalma olduğu, ancak masaj sonlandıktan hemen sonra başlangıçtaki düzeye geri döndüğü belirlenmiştir (87).

Gevşeme ve uyku: Masaj fiziksel gevşeme sağlayarak kan akımını artırabilir. Aynı zamanda kas tonüsü ve gerilimini azaltan masaj, fiziksel iyileşmeyi sağlayarak kişinin başka terapi ve atletik olaylara toleransını da artırır. Masaj somatostatin salınımında artışa ve P maddesinin inhibisyonuna neden olarak derin uyku sağlayabilir (87).

Oliveira et al. postmenopozal kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada masajın klimakterik semptomları ve uykusuzluk sorununu azaltmada önemli bir etkisinin olduğunu saptamışlardır (41). Taavoni et al. çalışmasında postmenopozal dönemde uygulanan masajın yaşanan psikolojik semptomları azalttığı belirlenmiştir (42). Ko and Lee'nin postpartum dönemdeki uykusuzluk sorunu yaşayan kadınlar ile yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada sırt masajının uyku kalitesini ve maternal iyiliği artırdığı bulunmuştur (38). Farklı hasta ve yaş gruplarıyla yapılan diğer çalışmalarda da sırt masajının uyku kalitesini artırdığı belirlenmiştir (37,39,40,43,44).

2.11.2.Psikolojik Etkileri

İçgüdüsel bir istek olan dokunma ve dokunulma insanlarda rahatlama ve kendine güven duyguları yaratır. Çağımızın temel insani sorunu olarak görülen “yabancılaşma” insanlarda giderek yalnızlaşma ve kendi kabuğuna çekilme sonucunu doğurmuştur. Gelişmiş sanayi toplumlarında masajın yoğun talep görmesi sağlığı koruyucu, yaşam kalitesini artırıcı bir yöntem olarak algılanmasıyla ilgilidir. Bu yönüyle doğal ve insancıl bir tedavi yöntemidir. Masajla deriden başlatılan refleks etki, sonuçta otonom

sinir sistemi yoluyla rahatlık sağlar. Bu rahatlık hissi, kişinin stresörlere karşı kendisini güçlü kılar. Kişinin fiziksel ve zihinsel yorgunluğunun giderilmesi; motivasyonunda artışa, olumlu duygular geliştirmesine yardımcı olur. Darbeleme hareketleri ile kişi daha uyanık ve fiziksel aktiviteye ruhsal olarak daha hazır hale getirilebilir (86).

2.12. Masajın Endike Olduğu Durumlar

Masajın dokular üzerindeki lokal etkisinin yanı sıra tüm organizmada sistemik etkileri olduğu bilinmektedir. Masaj genel çerçevede aşağıdaki durumlarda yapılabilir:

- Yorgunluk (periferik yorgunluk, merkezi yorgunluk, kronik yorgunluk sendromu)
- Romatizmal hastalıklar (eklem romatizması, yumuşak doku romatizması)
- Omurga sorunları
- Felçler
- Uykusuzluk
- Uzun süreli yatak istirahati
- Kas krampları
- Baş ağrısı
- Kabızlık
- Astım ve bronşiektazi (86).

2.13. Masajın Kontrendike Olduğu Durumlar

- Deride, yumuşak dokularda veya eklemlerde bakteriyel etkinin neden olduğu akut inflamatuvar sorun (örneğin flebit, selülit, apse, septik artirit) açık yara, yanık, sinir yaralanması, bursit, romatoid ve gut artiriti),
- Pıhtılaşma bozuklukları (veya antikoagülasyon kullanımı), venöztrombüs veya embolizm, son evre osteoporoz ve kırıklarda,
- Kanseri ve şiddetli varikoz venlerin olması durumunda,
- Bası ülseri gelişme riski yüksek olan hastalarda uygulanması kontrendikedir (87).

2.14. Masaj Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gereken Prensipler

- Masajı uygulayan hemşire; öncelikle hastadan ayrıntılı anamnez almalıdır.
- Masaj ile ilgili teorik bilgiye sahip olmalıdır.
- Masajı uygulamadan önce ellerini yıkamalı, hastaya dokunmadan önce eller, ılık ve kuru olmalıdır.
- Uygulama sırasında postürüne dikkat etmeli; uyguladığı kuvvete göre vücut ağırlığının yerini değiştirebilmelidir.
- Masaj uyguladığı ortam temiz olmalı; sıcaklığı 23-26 °C olmalıdır.
- Hastaya rahat bir pozisyon verilmelidir. Pozisyonu gerekirse yastıklarla desteklenmelidir.
- Yağlayıcı madde kullanılarak; sürtünme ve irritasyon önlenmelidir. Fakat çok yağlama sıkı temasa engel olabilir.
- Masaj öncesi hastanın uygulama bölgesinin hijyeni sağlanmalıdır.
- Masajın basıncı, tedavi edilen kısma göre ayarlanmalı ve daima hafif basınçla başlanmalıdır.
- Bütün hareketler yavaş, nazik, ritmik ve sabit hızda yapılmalıdır.
- Masaj uygulaması etiyolojisine göre değişmekle beraber uzun süreli tedavilerde düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
- Masaj uygulanırken hastada oluşan olumsuz reaksiyonlar hekime bildirilmelidir (89).

2.15. Masajın Süresi ve Sıklığı

Hastalığın şekline ve tedavi alanının genişliğine göre masaj süresi 5-25 dakikadır. Genel vücut masajı 30-45 dakika sürer. Üst ekstremiteler 10-15 dakika, alt ekstremiteler için 15-20 dakika süre yeterlidir. Çok kısa süreli masajlar yarar sağlamaz, çok uzun ve yorucu masajlar ise zararlı olabilir. Bu nedenle masaj süresi iyi hesaplanmalıdır. Masajın manipülasyonları belirli bir hızda ve ritmik olmalıdır (89,90). Tam masaj, haftada 1-2 defa yeterlidir (91).

2.16.Masaj Türleri

Masaj, klasik ve özel teknikli masaj olmak üzere ikiye ayrılır.

2.16.1.Klasik Masaj

Klasik masaj, elleri kullanarak dokunma, baskı, okşama, yoğurma ve sıkma gibi temas yollarıyla çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Kan ve lenf dolaşımını devam ettirmek, kasları rahatlatmak, şişlikleri, ağrıyı ve uykusuzluğu azaltmak gibi terapötik amaçlarla vücudun yumuşak dokularının sistemik olarak elle veya mekanik olarak uyarılması şeklinde tanımlanmaktadır. Birçok masaj tekniği bulunmakla birlikte en sık kullanıldığı bildirilen teknik, hafif basıncın kullanıldığı İsveç masajıdır. Masaj yaparken ellerin aldığı şekiller, hareketin oluşması ve gözlenen etkiler göz önünde bulundurularak klasik masaj manipülasyonları beşe ayrılır:

1. Sıvazlama-Efloraj
2. Yoğurma-Petrisaj
3. Friksiyon
4. Darbeleme-Tapotman-Perküsyon
5. Titreşim-Vibrasyon

Sıvazlama-Efloraj: Klasik masajın temel manipülasyonu olan efloraj, deri üzerine yapılan sıvazlama hareketidir. Efloraj yüzeysel veya derin uygulanabilir. Klasik masaj eflorajla başlar, eflorajla biter.

Yoğurma-Petrisaj: Petrisaj, kası doğrudan ele alan etkili bir masaj hareketidir. Kasın büyüklük ve biçimine göre tek elle, çift elle, tüm elle ve parmaklarla uygulanabilen yoğurma hareketleriyle kas sıkılır ve esnetilir. Kan dolaşımında artma ve atık maddelerin vücuttan atılmasını sağlar. Yoğurma hareketi kasların dinlendirilmesinde oldukça etkilidir. Uygulama sırasında deride hiperemi gözlenir. Petrisaj sonrası derinin kan akımında, esnekliğinde artma ve yumuşama beklenir.

Ovma-Friksiyon: Parmak uçlarıyla veya başparmakla yapılan küçük alanlı, dairesel ve eliptik bastırma ve kaydırma hareketleridir. Friksiyon, deri altı dokusundaki yapışıklıkların, yüzeysel ve derin nedbelerin, sertlik ve kalınlaşmaların gevşetilip çözülmesi, eklemlerin çevresindeki dokuların, tendon ve tendon kılıflarının içindeki sıvı

birikimlerinin emiliminin desteklenmesi ve toksik maddelerin lenf sistemi sayesinde vücuttan atılması için uygulanır.

Darbeleme-Taputman-Perküsyon: El ayasını kubbe şekline getirerek hafif darbeleme şeklinde yapılan titreşim hareketidir. Derinin kan dolaşımını canlandırma ve kas tonüsünün azaltılması amacı ile uygulanır.

Titreşim-Vibrasyon: Kas üzerine yerleştirilen avuç içi ve yumruk yapılmış el ile ritmik titreştirme hareketidir. Çoğunlukla bütün avuçla, seyrek olarak da parmak uçlarıyla uygulanır. El kaydırılmadan doku üzerinde sabit kalır ya da belli bir yönde yavaşça yürütülebilir. Kasları gevşetici ve ağrıyı azaltıcı özelliği vardır. Kas gerginliğini giderebilen en önemli masaj hareketidir (87).

2.16.2.Özel Teknikli Masajlar

Shiatsu Masajı: Japonca'da Shi parmak, atsu bastırmak anlamına gelir. Akupunktur teorisine dayanan bu masajda, avuç içi veya parmak tabanı ile belirli bir meridyen üzerinden vücuda dik olarak ağır basınç uygulamasıdır.

Thai Masajı: Uzak doğu felsefesi ve bilgisi ışığında, insan sağlığını hem zihinsel hem de fiziksel yönden iyileştirmeyi amaç edinen bir masaj türüdür. Vücutta enerji akışı dengesini korumak amacıyla enerji kanalları üzerinde bulunan noktalara bası ve eklem esnekliği ve hareketliliğini sağlamak için pasif hareketleri kapsamaktadır.

Trigger Point Masajı: Parmaklar kullanılarak yapılan masaj, yumuşak dokulara yapılır. Bu noktalarda yapılan ovma işlemi ile uygulanan basınç kaslarda ağrının azaltılmasında etkilidir.

Refleksoloji: Ayaklarda vücudun bütün organlarına, sistemlerine denk gelen refleks noktaları olduğu görüşüne temellenen bir masaj türüdür. Eller ve ayaklarda bulunan refleks noktalarına odaklanmış, basınç uygulamayı içeren bir tür basınç terapisi ve denge masajıdır (87).

2.17.Sırt Masajı

Sırtta, üst üste üç kas katmanı vardır. Üst katmanlardaki önemli kaslar, sırtın gerici kasları (M. Erectorspinae), üçgen kas (M. Trapezius) ve sırtın geniş kasıdır (M. Latissimusdorsi). Sırt masajında hasta yüzükoyun yatar, alnının altına bir yastık verilir. Veya hasta başını masaj yapılan tarafa doğru çevirerek yüzünü yere koyar. Hastanın tam

gevşeyebilmesi için, ayak bilekleri altına silindir bir yastık yerleştirilmelidir. Sırtın sağ ve soluna ayrı ayrı masaj yapılır. Masaj yapan kişi sağ yana masaj yaparken solda, sol yana masaj yaparken de hastanın sağında durur. Her masaja başlangıçta olduğu gibi, sırtta da eflorajla başlanır. Efloraj el sırtıyla ve avuç içiyle yapılır. Önce sakrumdan art kafaya kadar uzanan ve gövdenin dik durmasını sağlayan kas grubuna (sırtın gerici uzun kasları) efloraj yapılır. Eller, sakrumun üstünde yan yana konduktan sonra, omurların çıkıntıları işaret parmaklar arasında kalacak şekilde yukarı doğru ilerleyerek enseye kadar çıkılır (91). (Resim 1)



Resim 1. Sırtta iki el eflorajı

Dip eklemlerinden doksan derece bükülmüş olan parmakların sırtları, birbirine bitişik olarak, sakrumun hemen üstüne yerleştirildikten sonra yeterli basınçla kaydırılarak enseye kadar çıkılır (91). (Resim 2)



Resim 2. Sırtta tek el sırtıyla yapılan efloraj ve elin omuzda açılışı

Eller, ensenin iki yanında açılarak, avuç içi eflorajında olduğu gibi, sıvazlayarak başlangıç yerine dönerler. 2-3 kerelik el sırtı eflorajından sonra sırtın gerici uzun kaslarının sıvazlaması bitmiştir, petrisaja geçilir. Petrisaja sakrumdan başlanarak, enseye kadar çıkılır ve 2, 3, 4 defa tekrarlanır. Enseye kadar çıkan eller, aynı bölgeyi petrisajı devam ettirerek dönebilir (91). (Resim 3)



Resim 3. Parmak petrisajı ve manipulasyonun parmak ilerleyişi

Petrisajdan sonra bölge bir veya iki kere yeniden sıvazlanarak, friksiyona geçilir. Sağ bölgede çalışılıyorsa, sağ el üstten sol elle desteklenerek başlangıç noktasına yerleştirildikten sonra, sırtın gerici kaslarının genişliği oranında küçük daireler yapmaya başlar. İkinci daire, birincinin ortasından geçecek şekilde devam edilerek ve yeterli basınçla, enseye kadar çıkılır. (Resim 4). Friksiyondan sonra, bölge tekrar sıvazlanır ve masaj bitirilerek karşı yana geçilir. O yandan da aynı manipülasyonlar aynı sırayla uygulanır (91).



Resim 4. Sırtta friksiyon

Her iki yanda bittikten sonra, sağ ve sola sırayla tapotman yapılır. Tapotman, el sırtıyla, elin iç kenarı ve parmaklarla veya tam sıkılmamış yumruk biçimini alan ellerin dış kenarlarıyla yapılır (91). (Resim 5)



Resim 5. Sırtta el kenarıyla yapılan tapotman

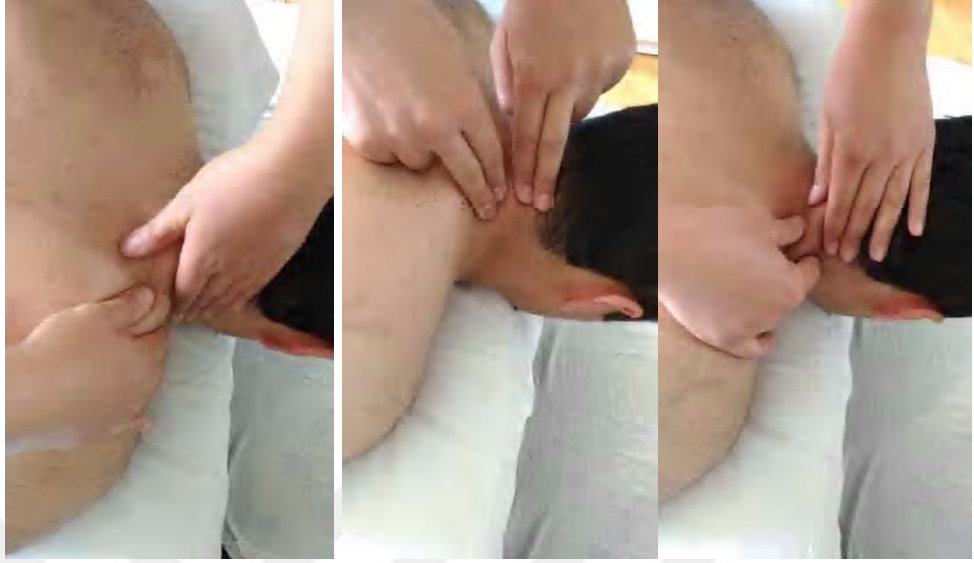
Tapotmandan sonra, tüm bölge, aynı başlangıçta olduğu gibi, avuç içiyle (yüzeysel efloraj) sıvazlanır ve sırtın gerici kaslarının masajı bitirilir. Sırtın geniş kasının masajı için, masaj yapan kişi efloraja tek elle başlar. Sağ geniş kasa masaj yapılıyorsa, masaj yapan kişi sağ elini bel omurlarının sağ yanına koyduktan sonra, başparmak yana açılıp, kasların gidişi yönünde, yukarı doğru ilerleyerek koltuk altına kadar çıkar ve göğüs kafesinin biraz dış tarafından döner (91). (Resim 6)



Resim 6. M. Latissimusdorsi'nin eflorajı

Sırtın her iki yan tarafında bulunan büyük kasın (M. Latissimus dorsi, kanat kası) petrisajı parmaklarla yapılır. Bel omurlarının sağ dış yanlarından başlayıp, kasın lifleri yönünde ilerleyerek koltuk altına kadar çıkılır. Koltuk altına yaklaşıldığında, kas daha büyük olarak ele gelmeye başladığından, petrisaja tüm elle devam edilerek, kasın üst kola yapıştığı yere kadar varılır. 3-4 kere tekrarlanır ve sonunda efloraj yapılır.

Özel bir durum yoksa M. Latissimus dorsi de friksiyona genellikle gerek olmaz. Diğer yana geçilerek oraya da aynı manipülasyonlar uygulanır, tapotman ve son sıvazlamayla masaj bitirilir. Trapez kasın masajında, kasın üç yönde seyreden lifleri göz önünde bulundurulmalı ve manipülasyonlar o yönlerde yapılmalıdır. Efloraj, birincisinde alt sırt omurlarının dış kenarlarından başlanıp, dışa doğru ilerlenerek, skapulanın alt ucuna; ikincisinde 5 ve 6. sırt omurlarından başlanıp, omuz yüksekliğine; üçüncüsünde de, omuzdan enseye doğru ilerlenerek alt kafaya kadar çıkılır. Alt kafaya varan el, geri dönerek sıvazlamayı omuz başına doğru sürdürerek burada bitirir. Her bölge 2-3 defa sıvazlanır. Petrisaj kasın üç bölgesinde, aynı sırayla ve parmaklarla uygulanır. Omuz düzeyine gelindiğinde, kas daha büyük olarak ele geldiğinden, tüm parmaklar kullanılmalıdır. Ensenin petrisajı parmaklarla yapılır (91). (Resim 7)



Resim 7. M Trapezin petrisajı

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma ön test-son test randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Klimakterik dönemde olan ve uyku sorunu yaşayan kadınlara eşlerin uyguladığı sırt masajı;

H₁: Menopozal yakınmaları etkiler.

H₂: Uyku kalitesini etkiler.

H₃: Evlilik uyumunu etkiler.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Sivas Belediyesi il sınırları içinde olan Şeyh Şamil ve Yunusemre Aile Sağlığı Merkez (ASM)'lerin de yapılmıştır. ASM'ler kura yöntemi ile seçilmiştir.

Şeyh Şamil ASM'de 22000 kişilik bir nüfusa hizmet verilmektedir. Hizmet verilen nüfusun sosyoekonomik düzeyi orta ve düşük olarak nitelendirilmektedir. Yunusemre ASM'de 18000 kişilik bir nüfusa hizmet verilmektedir. Hizmet verilen nüfusun sosyoekonomik düzeyi orta olarak nitelendirilmektedir. Klimakterik dönemde olan ve adet düzensizliği şikayeti ile ASM'ye başvuran kadınlara gebelik testi yapılmaktadır. Ancak menopozal yakınmalara yönelik bir hizmet verilmemektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Şeyh Şamil ASM'de, 5 aile hekimine kayıtlı 2015 yılına ait 40-65 yaş arası klimakterik dönemde olan 2458 kadın ve Yunusemre ASM'de 5 aile hekimine kayıtlı 2015 yılına ait 40-65 yaş arası klimakterik dönemde olan 2132 kadın olmak üzere toplam 4590 kadın evreni oluşturmaktadır. Örneklem için müdahale

grubuna 50 çift, kontrol grubuna 50 çift alınması planlanmıştır. Çalışmanın uygulama sürecinde yeniden power analizi yapılarak, müdahale ve kontrol grubu arasında izlem sonrası Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)'ndeki 5 birimlik fark, farkın standart sapması 2 birim olarak öngörülerek %90 güç, %5 tip 1 hatada gruplarda 30'ar çift ile çalışılması gerektiği hesaplanmıştır. Çiftlerin araştırmadan ayrılma ihtimalleri düşünülerek kontrol grubuna 35 çift, müdahale grubuna 35 çift alınmıştır. Kontrol grubundan 5 çift, müdahale grubundan da 2 çift araştırmadan ayrıldığı için araştırma kontrol grubunda 30, müdahale grubunda 33 çift ile sonlanmıştır. Çalışma Haziran-Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Yunusemre ASM'den 36 çifte ulaşıldıktan sonra, Şeyhşamil ASM'ye gidilmiş ve 34 çifte de burada ulaşılmıştır. ASM'ye muayene, kontrol ya da ilaç yazdırma amacıyla gelen 40-65 yaş arasında olan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Örnek gruba alınan kadınlar ve eşleri aşağıdaki ölçütlere göre belirlenmiştir:

- 40-65 yaş arasında olan kadınlar,
- PUKI'den 5 ve üzerinde puan alan kadınlar,
- Klimakterik dönem öncesi uyku sorunu olmayan kadınlar,
- Sırt bölgesinde açık yarası olmayan kadınlar,
- Hormon tedavisi kullanmayan veya hormon tedavisini en az bir yıl önce bırakan kadınlar,
- Eşi olan ve birlikte yaşayan kadınlar,
- Okuryazar olan çiftler,
- Rahat iletişim kurulabilen çiftler,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan çiftler çalışma grubuna alınmıştır.

3.6.Araştırmaya Alınmama Ölçütleri

- Kontrol altında olmayan kronik hastalığı bulunan kadınlar,

- Psikiyatrik tedavi gören ve/veya uyku ilacı kullanan kadınlar çalışma grubuna dahil edilmemiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Evlilik Uyumu Ölçeği ile toplanmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF-Ek I):

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form erkeklerin bazı sosyodemografik özelliklerini, kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ- Ek II):

Ağargün ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında yapılmıştır. PUKİ uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. Ölçekte yirmi dört soru bulunmakta olup bu soruların on dokuzu kendini değerlendirme (self-rated) sorusudur. Sorulardan beşi ise bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanmakta olup yalnızca klinik bilgi için kullanılır, puanlanmaz. PUKİ'nin yedi bileşeni vardır. Bu 7 bileşen puanının toplamı toplam ölçek puanını verir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanının 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir (92). Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 bulunmuştur.

3.7.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ-Ek III):

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk kez 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenirlik ve geçerliliği 1996 yılında, Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ülkemizdeki geçerlilik güvenirlik çalışması Özlem Can Gürkan (93) tarafından yapılmıştır. Ölçek on bir maddeden oluşur ve beşli likert tipindedir (0: Hiç yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli). Ölçekten alınabilecek en az puan "0" iken en fazla puan "44"dür. Ölçek toplam puanın yüksek oluşu, hem yaşam kalitesinin düşük olduğunu hem de menopozal yakınmaların fazla olduğunu göstermektedir.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Somatik şikâyetler alt boyutu: 1, 2, 3 ve 11 numaralı maddeler.

Psikolojik şikâyetler alt boyutu: 4, 5, 6 ve 7 numaralı maddeler.

Ürogenital şikâyetler alt boyutu: 8, 9 ve 10 numaralı maddeler.

Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.84 bulunmuştur (93). Bu çalışma sonucunda ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.88 bulunmuştur.

3.7.4.Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ- Ek IV):

Locke ve Wallace tarafından 1959 yılında geliştirilen EUÖ 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği 1999 yılında Tutarel-Kışlak tarafından yapılmıştır (94). Ölçeğin evlilik problemleri olan ve olmayan eşleri anlamlı düzeyde ayırt edebildiği bulunmuştur. EUÖ bir genel uyum sorusu, olası anlaşma alanlarını ölçen 8 soru ile çatışma çözme, bağlılık ve iletişimi ölçen 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 bulunmuştur (94). Bu çalışmadaki Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

Aşağıda ölçeğin maddeleri faktör yapılarına göre gruplandırılmıştır:

1. madde; “*genel mutluluk düzeyini*” derecelendirme (1 ile 6 arası puanlama),
- 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 9. maddeler “*anlaşma- anlaşamama*” durumu,
- 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler “*ilişki tarzı*” (boş zaman etkinlikleri, çatışma çözme ve güven) başlıklarını belirlemektedir.

Ölçek kullanıldığı araştırmanın örnekleme göre çiftlerden her ikisine de uygulanabildiği gibi eşlerden yalnızca birine de uygulanabilmektedir. Ölçeğin kesim noktası 43’dür. 43’den düşük alınan puanlar evlilikte genel bir uyumsuzluğu, 43’den yüksek alınan puanlar ise evlilikte genel olarak uyumluluğu işaret etmektedir.

3.8. Ön Uygulama

Hazırlanan sırt masajı sunumu ve eğitim broşürünün anlaşılabilirliği ile sırt masajının uygulanabilirliğini belirlemek için 10 kadın ve eşi ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan çiftler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonucunda hazırlanan sunumda ve eğitim broşüründe gerekli düzenlemeler (ovma işleminin nasıl yapıldığı ve boyun masajı) yapılarak son şekli verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Uygulama Süreci

Bu çalışmada müdahale grubundaki kadınların eşlerine sırt masajı öğretilerek uyumadan önce eşlerin kadınlara sırt masajı yapması sağlanmıştır. Kontrol grubundaki çiftlere herhangi bir uygulama yapılmamıştır ancak dört hafta sonra sırt masajı eğitimi verilmiştir.

3.9.1. Müdahale Grubuna Yapılan İşlemler

Müdahale grubuna yapılan uygulamalar iki aşamalıdır.

İlk aşamada; kadınların eşleri sırt masajı konusunda bilgilendirilmiş ve sırt masajı öğretilmiştir.

İkinci aşamada; eşler kadınlara sırt masajı yapmıştır.

İlk aşama: Kadınların eşlerine sırt masajı konusunda bilgilendirme ve sırt masajının öğretildiği bu süreç her çiftin kendi evinde ve aşağıdaki sıralamada yer alan basamaklara göre yapılmıştır:

1. Eğitim sunumu
2. Video gösterimi
3. Soru-cevap
4. Araştırmacı tarafından masajın demonstrasyonu
5. Araştırmacı gözetiminde eşin masajı uygulaması
6. Eğitim broşürünün verilmesi

1. **Eğitim Sunumu:** Müdahale grubundaki çiftlere menopozal dönemin özellikleri ve yaşanan sorunlar, masajın uyku üzerindeki etkileri, sırt masajının uygulanma şekli, masajın ne kadar süreceği ve ne zaman yapılacağına dair powerpointte bir sunum hazırlanmıştır (Ek V). İlgili literatürden (45,86,87,89,90) yararlanılarak geliştirilen sunumda yer alan masaj hareketlerinin isimlerinin daha kolay anlaşılır olması için uzman görüşü alınmıştır. Eğitimde anlatım, zihinde canlandırma, soru-cevap ve demonstrasyon yöntemleri kullanılmıştır. Aşağıda eğitimin amaç ve hedefleri verilmiştir.

Eğitimin amacı

- Sırt masajının menopozal dönemde yaşanan uyku, eş uyumu ve vazomotor sorunlar üzerine etkisini açıklama

Eğitimin bilişsel hedefleri

Katılımcının (eşin);

- Masajın vücut üzerindeki yararlarını ifade edebilmesi
- Sırt masajının nasıl yapılması gerektiğini anlatabilmesi
- Sırt masajının uygulama zamanını söyleyebilmesi
- Sırt masajının ne kadar süre yapılması gerektiğini ifade edebilmesi

Eğitimin psikomotor hedefi

- Katılımcının (eşin) sırt masajını yapabilmesi,

Eğitimin duyuşsal hedefi

- Katılımcının (eşin) masajın vücut üzerinde olumlu etkisinin olduğuna inandığını belirtmesi
- Katılımcının (eşin) masajı uygulayacağını belirtmesi

- 2. Video Gösterimi:** Sunumdan sonra çiftlere sırt masajının uygulamasına yönelik bir video izletilmiştir. Masaj CD'si Kanbir'in (86) Klasik Masaj kitabında bulunmaktadır. Videonun süresi 5 dakika 5 saniyedir.
- 3. Soru-Cevap Bölümü:** Sunum ve video gösterimi bittikten sonra çiftlerin varsa soruları yanıtlanmıştır.
- 4. Demostrasyon:** Kadınların eşlerine, sırtta uygulanacak olan "klasik masaj" tekniği kadının sırtı üzerinde demonstrasyon yöntemi ile anlatılıp gösterilmiştir.
- 5. Araştırmacı gözetiminde eşin masajı uygulaması:** Daha sonra eşin kadının sırtına yaptığı sırt masajı araştırmacı tarafından izlenmiştir. Eksik ya da yanlış/hatalı yapılan uygulamalar tekrar anlatılarak gösterilmiştir.
- 6. Eğitim broşürünün verilmesi:** Eşlerin evde sırt masajı yaparken masaj tekniklerini hatırlamalarını sağlayacak bir eğitim broşürü hazırlanmış (Ek VI) ve eğitim ve gösterimlerin sonunda çiftlere verilmiştir. Hazırlanması yaklaşık 15 gün süren broşür için ilgili literatürden yararlanılmıştır (45,86,87,89,90).

Yaklaşık olarak eğitimde yer alan konuların anlatımı 15-20 dakika, soru-cevap 5 dakika, demonstrasyon 15 dakika, erkeğin yaptığı sırt masajını izleme 15 dakika, değerlendirme 10 dakika olmak üzere toplam 60 dakika sürmüştür.

İkinci aşama: Bu süreçte kadınlara eşleri tarafından sırt masajı yapılmıştır.

- ✓ Masaj uyku saatinden 30 dakika önce yapılmış
- ✓ Masaj 15 dakika boyunca uygulanmış
- ✓ Haftada 2 kez olmak üzere 4 hafta uygulamaya devam edilmiştir.

Sırt Masajı

Yapılan sırt masajı için ilgili literatür taranmış (86,89-91) ve araştırmacı Cumhuriyet Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Coşkun Büyükdere'den uzman görüşü almıştır ve Öğretim Görevlisi Coşkun Büyükdere tarafından verilen iki saatlik masaj deresine de katılmıştır. Buna göre masajın basamakları aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur:

Sırt Masajı Uygulama Rehberi

- Kadın yüzükoyun yatar, alnının altına bir yastık verilir.
- Masaja sıvazlama ile başlanır.
 - Eller, sakrumun üstünde yan yana konduktan sonra, omurların çıkıntıları işaret parmaklar arasında kalacak şekilde yukarı doğru ilerleyerek enseye kadar çıkılır.
 - Başparmak hafif yana açılarak, sırtın yan taraflarından, okşar gibi hafif sıvazlamayla başlangıç yerine dönlür. 4 veya 5 kez sıvazlama işlemi yapılır.



- Yoğurmaya sakrumdan başlanarak, enseye kadar çıkılır ve 4 defa tekrarlanır. Yoğurma hareketi bittikten sonra bölge 1 kez sıvazlanır.



- Ovma uygulamasında;
 - Sağ el üstten sol elle desteklenerek sakruma yerleştirildikten sonra, küçük daireler yapmaya başlar.
 - İkinci daire, birincinin ortasından geçecek şekilde devam edilerek ve yeterli basınçla, enseye kadar çıkılır.
 - Ovma işleminden sonra, bölge tekrar sıvazlanır.



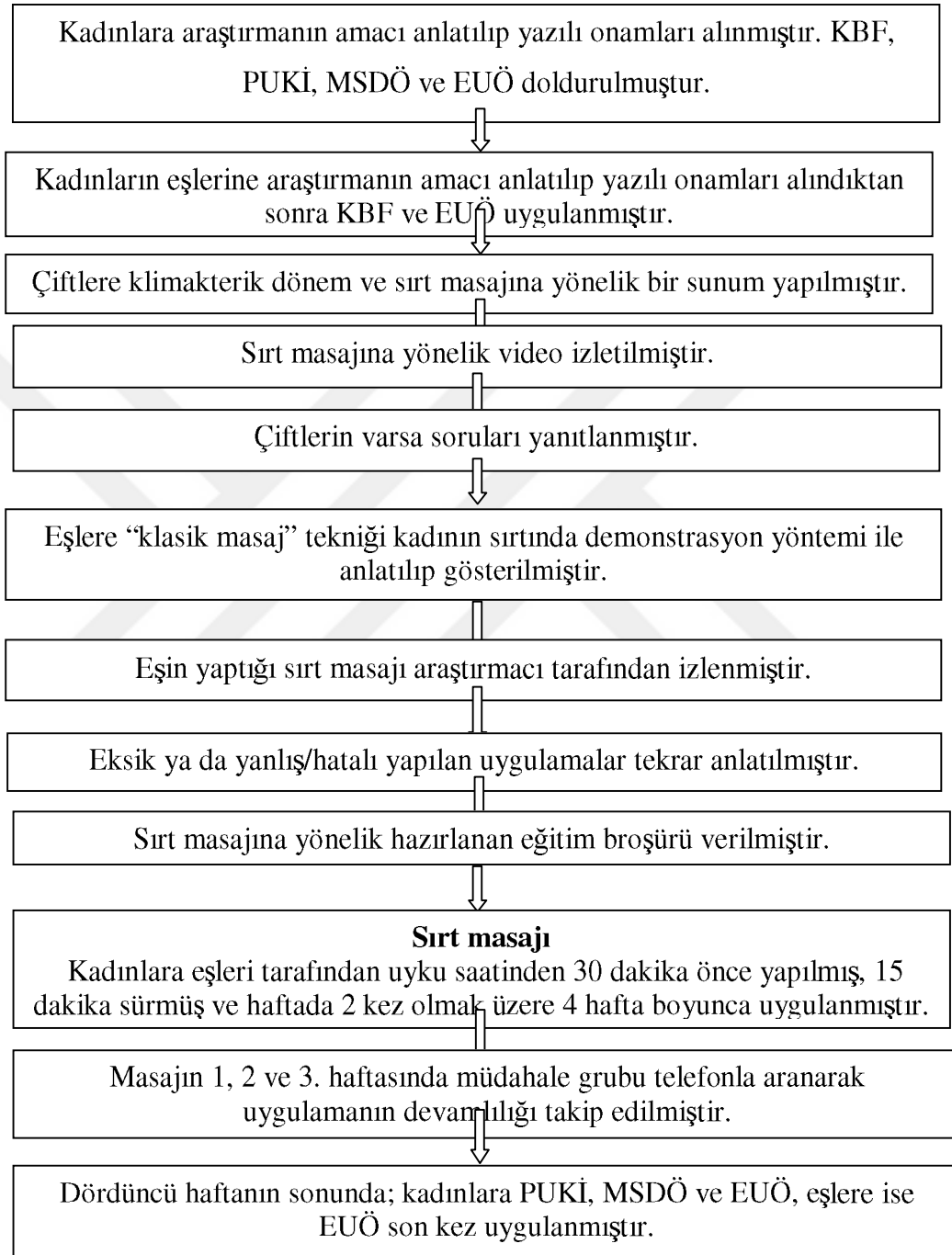
- Ovma işleminden sonra tüm sırta darbeleme yapılır.
 - Eller tam sıkılmamış yumruk biçimini alır ve elin dış kenarıyla tüm sırt bölgesine aşağıdan yukarı doğru hafif vurma hareketi yapılır.



- Darbelemeden sonra, tüm bölge, aynı başlangıçta olduğu gibi, avuç içiyle bir kez sıvazlanır.
- Boyun ve skapulanın masajında, sıvazlama ile başlanır.
 - Skapula bölgesi tüm avuç içi ile yoğurulması yapılırken, boyun bölgesine parmaklarla yoğurma yapılır ve masaj işlemi bitirilir.



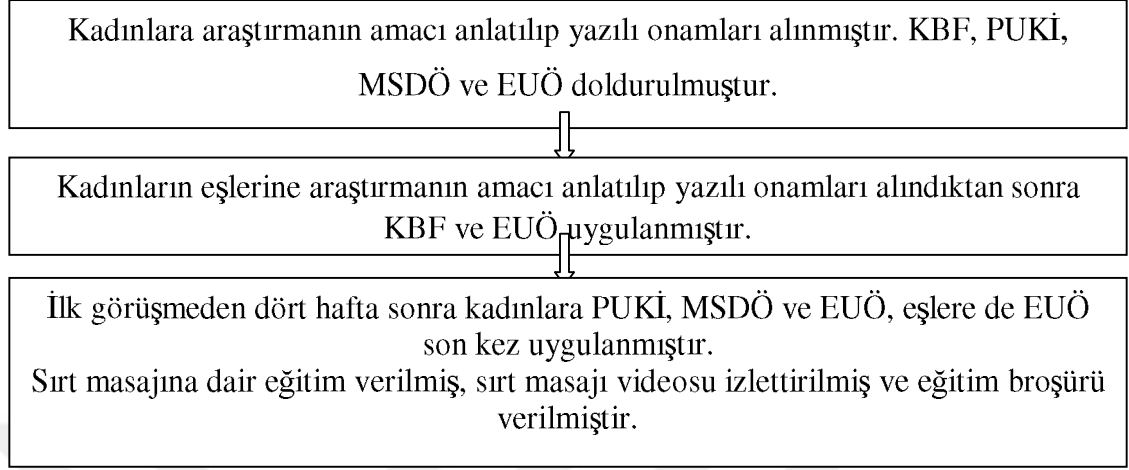
Şekil 3.9.1. Müdahale Grubu Uygulama Akış Şeması



3.9.2.Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler

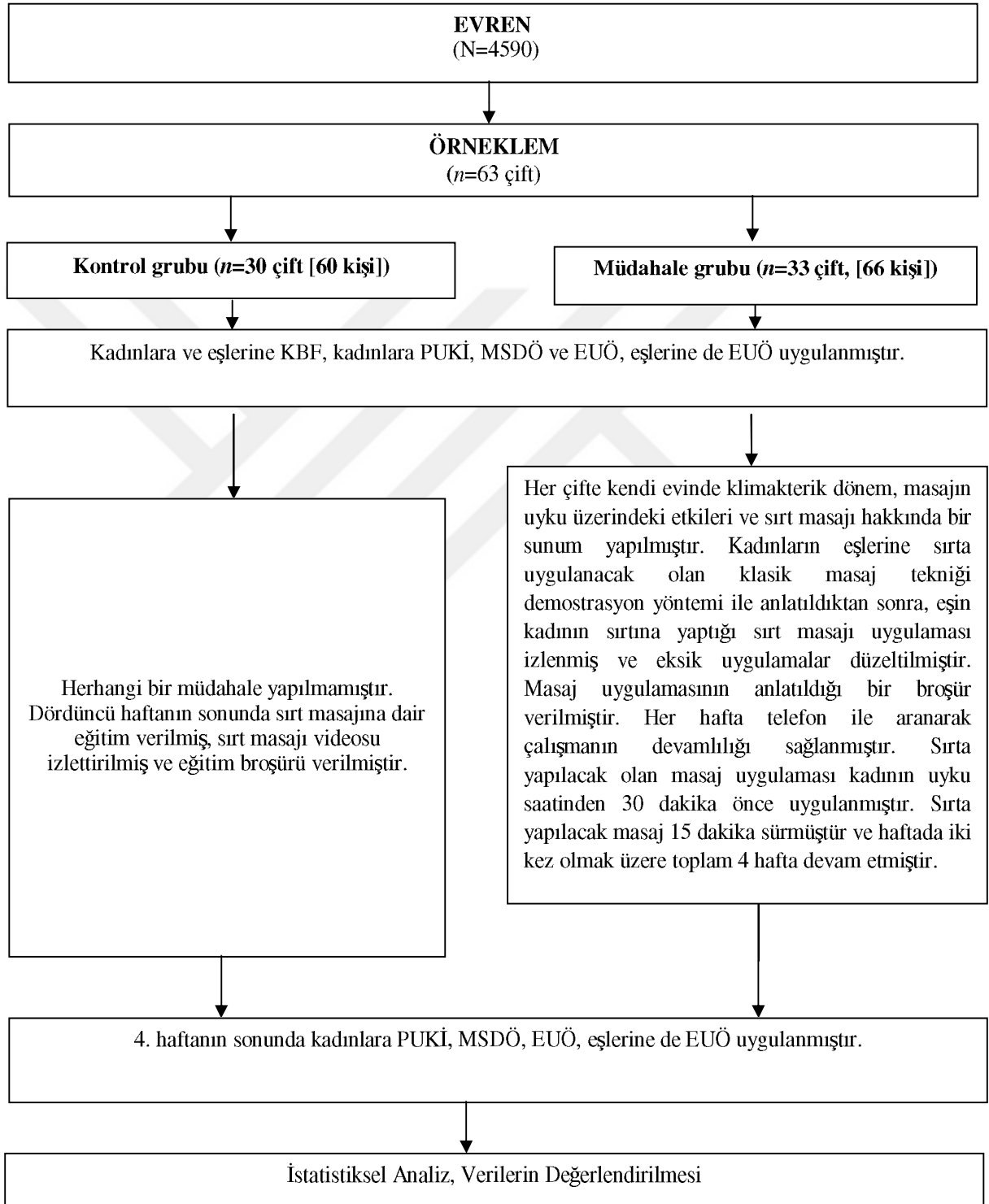
Herhangi bir uygulamanın yapılmadığı kontrol grubundaki çiftlerin akış şeması aşağıda yer almaktadır.

Şekil 3.9.2. Kontrol Grubu Uygulama Akış Şeması



3.9.3.Örneklem Grubuna Yapılan İşlemler

Şekil 3.9.3. Örneklem Grubu Uygulama Akış Şeması



3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Uygulanan sırt masajı araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

Bağımlı Değişkenler: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Evlilik Uyumu Ölçeği araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Uyku kalitesinin polisomnografi cihazı ile değerlendirilmemesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$) değerleri olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk normallik testi ve $Q-Q$ grafikleri ile değerlendirilmiştir. Grupların zamana göre karşılaştırmaları genel doğrusal modellerden tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi, çoklu karşılaştırmaları ise Bonferroni testi ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Ölçek maddelerinin iç tutarlılığı için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arası ilişkiye 2×2 ve $r \times c$ tablolarında Fisher exact testi ile bakılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (15.04.2016, 2016/266, Ek VII), Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden kurum izni (Ek VIII) alınmıştır. Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Çalışma öncesinde araştırmaya katılacak olan kadınlara ve eşlerine araştırmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onamları alınmıştır (Ek IX). Araştırmanın her iki aşamasında da araştırmacı; kadınlara ve eşlerine araştırmanın amacını, takip edilecek süreci ve olası beklenen sonuçları açıklamış ve çalışmaya gönüllü katılımı sağlamıştır. Kadınlara ve eşlerine çalışmayı

herhangi bir noktada bırakabilecekleri belirtilmiştir. Bilgisayar randomizasyonu ile araştırmaya alınacak çiftlerin müdahale ve kontrol grubuna atanmaları sağlanmıştır.



4.BULGULAR

Klimakterik dönemdeki kadınlara eşlerin uyguladığı sırt masajının menopozal yakınmalar, uyku kalitesi ve eş uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Müdahale (n= 33)	Kontrol (n= 30)	p
Yaş ($\bar{x} \pm ss$)	50.4±6.0	53.4±7.4	0.085
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Yaş Grupları			
50 ve altı	21 (63.6)	11 (36.7)	0.045
51 ve üzeri	12 (36.4)	19 (63.3)	
Eğitim Düzeyi			
Okuryazar	5 (15.2)	7 (23.3)	0.493
İlkokul	25 (69.6)	21 (70.0)	
Ortaokul ve üzeri	5 (15.2)	2 (6.7)	
Çalışma Durumu			
Çalışan	1 (3.0)	0 (0.0)	1.000
Çalışmayan	32 (97.0)	30 (100.0)	
Aile Tipi			
Çekirdek	32 (97.0)	23 (76.7)	0.022
Geniş	1 (3.0)	7 (23.3)	
Gelir durumu			
Düşük	1 (3.0)	2 (6.7)	0.295
Orta	29 (87.9)	21 (70.0)	

Yüksek	3 (9.1)	7 (23.3)	
Eşin Eğitim Düzeyi			
İlkokul	10 (30.3)	17 (56.7)	0.187
Ortaokul	5 (15.2)	4 (13.3)	
Lise	11 (33.3)	6 (20.0)	
Üniversite	7 (21.2)	3 (10.0)	
Eşin Çalışma Durumu			
Çalışan	20 (60.6)	17 (56.7)	0.802
Çalışmayan	13 (39.4)	13 (43.3)	

*Bağımsız örneklerde t testi, Ki-kare analizi

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de yer almaktadır. Yaş ortalaması müdahale grubundaki kadınlarda 50.4 ± 6.0 iken, kontrol grubundaki kadınlarda 53.4 ± 7.4 olup, müdahale grubundaki kadınların %69.6’sı, kontrol grubundaki kadınların %70.0’ı ilkokul mezunudur. Müdahale grubundaki eşlerin %30.3’ü, kontrol grubundaki eşlerin %56.7’si ilkokul mezunudur. Müdahale grubundaki eşlerin %60.6’sı, kontrol grubundaki eşlerin %56.7’si çalışmaktadır. Çalışma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların aile tipi dışındaki diğer tanımlayıcı özelliklerinin birbirine benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem ve Son İzlem MSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

MSDÖ	Müdahale (n= 33)	Kontrol (n= 30)	p
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Ölçek Alt Boyutları			
Somatik şikâyetler			
Önce	11.82 ± 2.67	10.77 ± 2.63	0.122
Sonra	5.00 ± 2.06	11.07 ± 2.75	<0.001
p	<0.001	>0.05	
Grup Etkisi: p<0.001 İzlem Etkisi: p<0.001 Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: p<0.001			
Psikolojik şikâyetler			
Önce	9.48 ± 3.49	10.17 ± 3.33	0.432
Sonra	3.00 ± 2.06	9.83 ± 2.75	<0.001
p	<0.001	>0.05	
Grup Etkisi: p<0.001 İzlem Etkisi: p<0.001 Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: p<0.001			
Ürogenital şikâyetler			
Önce	5.21 ± 2.51	5.57 ± 1.77	0.524
Sonra	2.73 ± 1.94	5.47 ± 2.05	<0.001
p	<0.001	>0.05	
Grup Etkisi: p<0.001 İzlem Etkisi: p= 0.001 Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: p= 0.002			
Ölçek Toplam Puanı			
Önce	26.15 ± 6.68	26.43 ± 5.39	0.855
Sonra	10.73 ± 4.43	26.10 ± 5.30	<0.001
p	<0.001	>0.05	
Grup Etkisi: p<0.001 İzlem Etkisi: p<0.001 Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: p<0.001			

*Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi

Tablo 4.2’de çalışmaya alınan kadınların masaj uygulaması öncesi ve sonrası MSDÖ’nün puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Masaj uygulaması öncesinde MSDÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda 26.15 ± 6.68 ; kontrol grubunda 26.43 ± 5.39 ($p > 0.05$); somatik şikayetler alt boyutu puan ortalaması müdahale grubunda 11.82 ± 2.67 ; kontrol grubunda 10.77 ± 2.63 ($p > 0.05$); psikolojik şikayetler alt boyutu puan ortalaması müdahale grubunda 9.48 ± 3.49 ; kontrol grubunda 10.17 ± 3.33 ($p > 0.05$); ürogenital şikayetler alt boyutu puan ortalaması müdahale grubunda 5.21 ± 2.51 ; kontrol grubunda 5.57 ± 1.77 ($p > 0.05$) olarak bulunmuştur.

Masaj uygulaması sonrasında MSDÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda 10.73 ± 4.43 ’iken, kontrol grubunda 26.10 ± 5.30 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$). Somatik şikayetler alt boyutu puan ortalaması müdahale grubunda 5.00 ± 2.06 ’iken, kontrol grubunda 11.07 ± 2.75 ’dir ($p < 0.001$). Psikolojik şikayetler alt boyutu puan ortalaması müdahale grubunda 3.00 ± 2.06 , kontrol grubunda ise 9.83 ± 2.75 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$). Ürogenital şikayetler alt boyutu puan ortalaması müdahale grubunda 2.73 ± 1.94 ’iken kontrol grubunda 5.47 ± 2.05 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$).

Başlangıçta her iki grubun toplam ve alt boyut puan ortalamalarının benzer olduğu ($p > 0.05$), ancak uygulama sonrasında müdahale grubunun toplam ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem ve Son İzlem PUKİ Puan Ortalamalarının Dağılımı

PUKİ	Müdahale (n= 33)	Kontrol (n= 30)	<i>p</i>
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Önce	14.42±2.17	13.67±2.20	0.168
Sonra	3.48±1.98	14.27±2.51	<0.001
<i>p</i>	<0.001	>0.05	
Grup Etkisi: <i>p</i> <0.001 İzlem Etkisi: <i>p</i> <0.001 Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: <i>p</i> <0.001			

*Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi

Araştırma kapsamına alınan kadınların PUKİ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3’de verilmiştir. Masaj uygulaması öncesinde PUKİ puan ortalaması müdahale grubunda 14.42±2.17, kontrol grubunda 13.67±2.20 olarak bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı bulunmuştur (*p*>0.05).

Masaj uygulaması sonrasında PUKİ puan ortalamasının müdahale grubunda 3.48±1.98 olduğu, kontrol grubunda ise 14.27±2.51 olduğu görülmektedir. Masaj uygulaması sonrasında gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*<0.001).

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem ve Son İzlem EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

EUÖ	Müdahale (n= 33)	Kontrol (n= 30)	<i>p</i>
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Ölçek Alt Boyutları			
Genel mutluluk düzeyi			
Önce	3.76±1.22	3.53±1.19	0.465
Sonra	4.27±1.00	3.43±0.97	0.001
<i>p</i>	0.015	>0.05	
Grup Etkisi: <i>p</i> =0.028			

*Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi

Araştırma kapsamına alınan kadınların EUÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.4’de verilmiştir. Masaj uygulaması öncesinde EUÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda 44.94 ± 7.31 , kontrol grubunda 41.37 ± 8.17 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). İlk izlemde ölçek alt boyutları ile toplam puan ortalamalarının her iki grupta benzer olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Masaj uygulaması sonrasında EUÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda 49.21 ± 5.18 ’iken, bu değerin kontrol grubunda 40.60 ± 7.36 olduğu görülmektedir ($p < 0.001$). Genel mutluluk düzeyi puan ortalaması müdahale grubunda 4.27 ± 1.00 , kontrol grubunda ise 3.43 ± 0.97 olarak bulunmuştur ($p = 0.001$). Anlaşma-anlaşamama puan ortalaması müdahale grubunda 37.82 ± 4.08 iken, kontrol grubunun eşlerinde 30.80 ± 5.51 ’dir ($p < 0.001$). İlişki tarzı puan ortalaması müdahale grubunda 11.30 ± 1.72 , kontrol grubunda ise 9.77 ± 2.39 olarak bulunmuştur ($p = 0.005$).

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Erkeklerin İlk İzlem ve Son İzlem EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

EUÖ Alt Boyutları	Müdahale grubu $n=33$	Kontrol grubu $n=30$	p
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Genel mutluluk düzeyi			
Önce	4.06 $\pm$ 1.32	3.83 $\pm$ 1.39	0.510
Sonra	4.42 $\pm$ 1.20	3.73 $\pm$ 1.01	0.016
p	0.115	0.677	
Grup Etkisi: $p=0.042$ İzlem Etkisi: $p=0.427$ Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: $p=0.165$			
Anlaşma- Anlaşmama			
Önce	34.33 $\pm$ 5.73	32.47 $\pm$ 5.39	0.189
Sonra	38.09 $\pm$ 4.25	31.73 $\pm$ 6.14	<0.001
p	<0.001	>0.05	
Grup Etkisi: $p=0,001$ İzlem Etkisi: $p=0,033$ Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: $p=0,002$			
İlişki Tarzı			
Önce	10.55 $\pm$ 2.21	10.10 $\pm$ 2.07	0.414
Sonra	11.33 $\pm$ 1.47	10.10 $\pm$ 2.29	0.013
p	0.014	>0.05	
Grup Etkisi: $p=0.043$ İzlem Etkisi: $p=0.086$ Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: $p=0.086$			
Ölçek toplam puanı			
Önce	44.88 $\pm$ 7.44	42.33 $\pm$ 7.24	0.175
Sonra	49.45 $\pm$ 5.28	41.90 $\pm$ 7.62	<0.001
p	<0.001	>0.05	
Grup Etkisi: $p<0.001$ İzlem Etkisi: $p= 0.007$ Grup x İzlem Etkileşim Etkisi: $p= 0.001$			

*Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi

Tablo 4.5’de çalışmaya katılan erkeklerin EUÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Masaj uygulaması öncesinde kadınların eşlerinin EUÖ puan ortalaması müdahale grubunda 44.88 ± 7.44 , kontrol grubunda 42.33 ± 7.24 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). İlk izlemde ölçek alt boyutları ile toplam puan ortalamalarının her iki grupta benzer olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Masaj uygulaması sonrasında erkeklerin EUÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunun eşlerinde 49.45 ± 5.28 iken, bu değer kontrol grubunun eşlerinde 41.90 ± 7.62 olduğu görülmektedir ($p < 0.001$). Genel mutluluk düzeyi puan ortalaması müdahale grubunun eşlerinde 4.42 ± 1.20 , kontrol grubunun eşlerinde 3.73 ± 1.01 ’dir ($p = 0.016$). Anlaşma-anlaşamama puan ortalaması müdahale grubunun eşlerinde 38.09 ± 4.25 iken, kontrol grubunun eşlerinde 31.73 ± 6.14 ’tür ($p < 0.001$). İlişki tarzı, müdahale grubu eşlerinde 11.33 ± 1.47 , kontrol grubunun eşlerinde ise 10.10 ± 2.29 olarak bulunmuştur ($p = 0.013$).

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk İzlem MSDÖ ve EUÖ Arasındaki İlişki

GRUPLAR		r	p
Müdahale (n=33)	MSDÖ Önce	-0.462	0.007
	EUÖ Önce		
Kontrol (n=30)	MSDÖ Önce	-0.420	0.021
	EUÖ Önce		
Tüm Grup	MSDÖ Önce	-0.425	0.001
	EUÖ Önce		

*Pearson korelasyon analizi

Tablo 4.6’da tüm grup olarak ele alındığında MSDÖ ile EUÖ arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son İzlem MSDÖ ve EUÖ Arasındaki İlişki

GRUPLAR		r	p
Müdahale (n=33)	MSDÖ Sonra	-0.073	0.685
	EUÖ Sonra		
Kontrol (n=30)	MSDÖ Sonra	-0.570	0.001
	EUÖ Sonra		
Tüm Grup	MSDÖ Sonra	-0.639	□0.001
	EUÖ Sonra		

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.7’de tüm grupta MSDÖ ile EUÖ arasındaki ilişki iyi düzeyde negatif yöndedir. Kontrol grubunda iki değişken arasındaki ilişki orta düzeyde negatif yöndedir.

Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubu Kadınların İlk İzlem PUKİ ve MSDÖ Arasındaki İlişki

GRUPLAR		r	p
Müdahale (n=33)	MSDÖ Önce PUKİ Önce	0.168	0.349
Kontrol (n=30)	MSDÖ Önce PUKİ Önce	0.385	0.036
Tüm Grup	MSDÖ Önce PUKİ Önce	0.253	0.045

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.8’de PUKİ ile MSDÖ arasında tüm grupta pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Kontrol grubunda iki değişken arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.9. Müdahale ve Kontrol Grubu Kadınların Son İzlem PUKİ ve MSDÖ Arasındaki İlişki

GRUPLAR		r	p
Müdahale (n=33)	MSDÖ Sonra	0.373	0.033
	PUKİ Sonra		
Kontrol (n=30)	MSDÖ Sonra	0.407	0.026
	PUKİ Sonra		
Tüm Grup	MSDÖ Sonra	0.857	<0.001
	PUKİ Sonra		

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.9’da tüm grupta PUKİ ile MSDÖ arasında pozitif kuvvetli bir korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 4.10. Müdahale ve Kontrol Grubu Kadınların İlk İzlem PUKİ ve EUÖ Arasındaki İlişki

GRUPLAR		r	p
Müdahale (n=33)	PUKİ Önce	-0.193	0.283
	EUÖ Önce		
Kontrol (n=30)	PUKİ Önce	0.064	0.737
	EUÖ Önce		
Tüm Grup	PUKİ Önce	-0.014	0.914
	EUÖ Önce		

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.10’da PUKİ ile EUÖ arasında tüm grupta ve ayrı ayrı gruplar bazında ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 4.11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son İzlem PUKİ ve EUÖ Arasındaki İlişki

GRUPLAR		r	p
Müdahale (n=33)	PUKİ Sonra	-0.142	0.430
	EUÖ Sonra		
Kontrol (n=30)	PUKİ Sonra	-0.355	0.054
	EUÖ Sonra		
Tüm Grup	PUKİ Sonra	-0.608	<0.001
	EUÖ Sonra		

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.11’de tüm grup olarak baktığında iyi düzeyde negatif ilişki var.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Birçok kadın menopoş döneminde baş edilebilir yakınmalar yaşarken, diğçerleri somatik, ürogenital ve emosyonel semptomlar da dahil olmak üzere daha ciddi semptomlar yaşamaktadır. Bu yakınmalar hormonal değışikliklerle bağlantılıdır ve kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (42).

Literatürde menopoşal dönemde yaşanan sorunların azaltılmasına yönelik masajın uygulandığı çalışmalar (27,41,42,95-99) bulunmasına karşın yapılan bu araştırma ülkemizde sırt masajının menopoşal yakınmalar, uyku kalitesi ve eş uyumuna etkisinin belirlendiğı ilk çalışmadır.

Çalışmada masaj uygulaması öncesi MSDÖ ile belirlenen menopoşal yakınmalar ve yaşam kalitesi, müdahale (26.15 ± 6.68) ve kontrol grubunda (26.43 ± 5.39) benzer bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 4.2). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 44 olup yüksek puanlar yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (93). Çalışmamızın sonucuna göre masaj uygulaması öncesinde, hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların menopoşal yakınmaları orta şiddetin biraz üzerindedir. Ülkemizde menopoşal dönemde olan kadınlarla yapılan iki ayrı çalışmada MSDÖ toplam puan ortalaması 22.52 ± 9.83 ve 22.67 ± 8.06 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar da çalışmamızdan elde edilen sonuçlara benzemektedir (32,100).

Yaptığımız çalışmada masaj sonrası MSDÖ toplam puanı ortalaması, müdahale grubunda 15.42 puan azalırken, kontrol grubunda 0.33 puan azalmıştır. Somatik şikâyetler müdahale grubunda 6.82 puan azalırken, kontrol grubunda 0.3 puan artmıştır. Psikolojik şikâyetler müdahale grubunda 6.48 puan, kontrol grubunda 0.34 puan azalmıştır. Ürogenital şikâyetler müdahale grubunda 2.48, kontrol

grubunda 0.1 puan azalmıştır. Müdahale ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, Tablo 4.2). Diğer bir deyişle eşlerin yaptığı sırt masajı kadınların yaşadığı menopozal semptomların şiddetini azaltmış ve yaşam kalitesini artırmıştır. Bu sonuç "*H₁: Klimakterik dönemde olan kadınlara eşlerinin uyguladığı sırt masajı menopozal yakınmaları etkiler*" hipotezini doğrulamaktadır.

Taavoni et al. (42) menopozal dönemde olan kadınlara dört hafta boyunca haftada iki kez 30 dakika aromaterapi masajı uygulamıştır. Aromaterapi masajı öncesinde müdahale grubunun psikolojik şikayetler alt boyutu puan ortalaması 9.03 ± 2.07 'den, masaj sonrasında 5.54 ± 1.79 'a düşmüştür. Varghese et al. (95) diz ağrısı olan menopozal dönemdeki kadınlara haftada üç kez, 15 dakika boyunca toplam dört hafta aromaterapi masajı uygulamıştır. Aromaterapi masajı öncesinde MSDÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunun 27.53 ± 5.88 iken kontrol grubunda 29.83 ± 5.29 'dur. Aromaterapi masajı sonrasında MSDÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunun 22.77 ± 4.59 'a düşerken, kontrol grubunda 30.77 ± 4.79 'a yükselmiştir ($p<0.001$). Hur et al. (96) aromaterapi masajının menopozal semptomlar üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmada 8 haftalık masaj tedavisinden sonra aromaterapi grubunda menopozal semptom puanları daha düşük iken, kontrol grubundaki puanların çoğunda artış olmuştur ($p<0.05$). Daley et al. (97) menopozal dönemde olan 1206 kadınla tamamlayıcı tıp ve farmakolojik olmayan müdahale kullanımı konusunda yaptıkları çalışmada, masaj tedavisinden sonra klimakterik semptomlarda iyileşme olduğunu söyleyenlerin yüzdesi 81.8 bulunmuştur. Oliveira et al. (41) postmenopozal kadınlarda masajın klimakterik semptomlar ve uyku üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada kadınlara 32 seans masaj uygulanmıştır. Müdahale grubunun Beck Depresyon envanteri puan ortalaması 11.2 ± 6.2 'den, masaj sonrasında 6.4 ± 5.6 'ya; Beck Anksiyete Envanteri puan ortalaması 8.6 ± 7.9 'dan 6.4 ± 7.4 'e düşmüştür ($p<0.05$). Oliveira et al. (27) menopozal dönemde olan kadınlara haftada iki kez bir saat boyunca, toplamda sekiz seans masaj uygulaması yapmışlardır ve uygulama tamamlandıktan sonra katılımcıların anksiyete ve depresyon semptomlarında anlamlı derecede iyileşme sağlandığını bulmuşlardır ($p<0.05$). Yaptığımız çalışmada olduğu gibi bu

çalışmalarda da kadınlara uygulanan masajın menopozal yakınmalara olumlu etkisinin olduğu görölmektedir.

Menopozal dönemde vazomotor semptomlardan sonra yaşanan ikinci en büyük semptom uyku sorunlarıdır (27,101-104).

Çalışmamızın sonucunda masaj uygulaması öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların uyku kaliteleri benzer bulunmuştur ($p=0.168$, Tablo 4.3). PUKİ toplam puanı 5 ve üzerinde olduğuanda kötü uyku kalitesinden söz edildiğine göre masaj uygulaması öncesinde her iki grubun uyku kalitesinin kötü olduğu görölmektedir.

Yapılan bu çalışmada masaj uygulaması sonrasında müdahale grubunun PUKİ puan ortalaması yaklaşık olarak 11 puan azalırken, kontrol grubunun puanında bir miktar daha artış olmuştur. Masaj uygulanan grubun uyku kalitesi yaklaşık olarak 4 kat artmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bu sonuç “ H_2 : Klimakterik dönemde olan kadınlara eşlerinin uyguladığı sırt masajı uyku kalitesini etkiler” hipotezini doğrulamaktadır (Tablo 4.3).

Newton et al. (26) bildirdiğine göre, uyku sorunu yaşayan menopozal kadınlar, bedensel terapileri kullanmaktadır. Daley et al. (97) menopozal dönemde olan 1206 kadınla tamamlayıcı tıp ve farmakolojik olmayan müdahale kullanımı konusunda yaptıkları çalışmada; kadınların %13.7’si masajı kullandıklarını belirtmiştir. Oliveira et al. (41) çalışmasında kadınlara 32 seans masaj uygulanmıştır. Uygulama sonunda müdahale grubunun Kupperman Menopausal Index uykusuzluk puanı 4.9 ± 1.0 ’den, 2.1 ± 2 ’ye dışmıştır ($p<0.05$). Oliveira et al. (27) menopozal dönemde olan kadınlara haftada iki kez, bir saat boyunca, toplamda sekiz seans masaj uyguladıkları çalışmada katılımcıların hepsinin daha kısa sürede uykuya daldığı, uyku kalitesinde kademeli bir iyileşme sağlandığı ve bireylerin kendilerini gündüz daha uyanık hissettiği bulunmuştur ($p<0.05$). Yaptığımız çalışmada olduğu gibi bu çalışmalarda da kadınlara uygulanan masajın uyku sorunlarını giderme ve uyku kalitesini artırmada olumlu etkisinin olduğu görölmektedir.

Literatürden elde edilen sonuçlar, farklı masaj türlerinin farklı sağlık sorunu olan bireylerde de uyku kalitesini arttırdığını göstermektedir (105-108).

Eşlerine/partnerlerine yakın uyumaktan hoşlanan kadınlar, ateş basmaları nedeni ile daha uzak yatmayı ya da yatakları ayırmayı tercih etmektedir. Kadınlar geceleri rahat uyuyamadığında sonrasında yorgunluk hissetmekte, yakınlık kuramadığı için cinsel istekte azalma ve çiftler arası uyum sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bu bağlamda hem evlilik uyumu olumsuz etkilenmekte hem de kadınların yakınmaları ile baş etmeleri azalmaktadır (81). Evlilikteki uyum düzeyi ile menopoza ilişkin belirtiler arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalarda, menopoz dönemindeki kadınların bu döneme ilişkin şikâyetleri ile baş etmede, evliliklerinin ve eşleriyle olan ilişkilerinin oldukça önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (29). Ayrıca orta yaşlarda yaşlanmanın etkileri ve hormonal değişiklikler kadının kilo almasına neden olmakta, ek olarak memelerde sarkma, ciltte kırışıklık ve saçlarda incelme beden algısını etkilemektedir. Bu değişimler eş ile olan ilişkide kadının kendisini daha az çekici hissetmesine neden olmaktadır (109).

Yaptığımız çalışmada masaj uygulaması öncesinde; hem kadınların hem de eşlerin EUÖ ile belirlenen evlilik uyumlarının (alt boyutlar ve toplam puan) her iki grupta da benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4 ve Tablo 4.5). Masaj uygulaması öncesinde müdahale grubundaki erkeklerin EUÖ puan ortalaması evlilikte uyumsuzluğa çok yakındır ve kontrol grubunun puan ortalaması ise evlilikte uyumsuzluğu göstermektedir. Yaptığımız bu çalışmada kadınların evlilik uyumunun müdahale grubunda arttığı, kontrol grubunda ise çok az düştüğü görülmektedir ($p<0.001$, Tablo 4.4).

Benzer şekilde masaj uygulaması sonrasında EUÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunun erkeklerinde artarken; bu değer kontrol grubunun erkeklerinde azaldığı görülmektedir ($p<0.001$). Araştırmada masaj yapan erkeklerin evlilik uyumlarının daha da arttığını, kontrol grubunda olan erkeklerin puanlarının azalması ise evlilik uyumlarının daha da azaldığını göstermektedir (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5).

Masaj hem kadınların hem de eşlerin (erkeklerin) evlilik uyumunu artırmıştır. Bu sonuçlar “*H₃: Klimakterik dönemde olan kadınlara eşlerinin uyguladığı sırt masajı evlilik uyumunu etkiler*” hipotezini doğrulamaktadır.

Literatürde masajın eşler arasındaki uyumunu değerlendiren bir çalışmaya rastlanmıştır. Latifses ve arkadaşları (110), eşleri gebe olan erkeklere haftada iki kez 20 dakika masaj uygulaması yaptırmışlardır ve sonuç olarak erkeklerin evlilik uyumlarında bir artış olduğunu belirlemişlerdir.

Sonuç olarak; klimakterik dönemde olan kadınlara eşlerinin uyguladığı sırt masajının;

- Menopozal semptomları azalttığı,
- Uyku kalitesini artırdığı,
- Kadının evlilik uyumunu artırdığı,
- Erkeğin evlilik uyumunu artırdığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Menopoz polikliniklerine, aile sağlığı merkezlerine menopozal şikayetlerle gelen kadınlara masaj uygulamasının önemi anlatılarak, eşlerin uygulaması için danışmanlık verilmesi,
- Hemşirelerin, bağımsız rolünü kullanarak yaptığı masaj uygulaması çalışma motivasyonunu ve iş memnuniyetini artırabileceği düşünülerek, masaj uygulamasının pratiğe aktarılması,
- Daha objektif sonuçlar elde edilebilmesi için Polisomnografi cihazının kullanıldığı çalışmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Özkan S. Klimakteriyum ve Menopoz. In: Kadın Sağlığı (2. Baskı), Şirin A ve Kavlak O (edt). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015; p 154-167.
2. Işık G, Vural G. Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2001; 1: 39-48
3. Shams T, Firwana B, Habib F, et al. SSRIs for hot flashes: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Gen Intern Med 2013; 29(1): 204-213
4. Hall E, Frey BN, Soares CN. Non-hormonal treatment strategies for vasomotor symptoms. Drugs 2011; 71(3): 287-304.
5. Gözüyeşil E. Vazomotor Yakınmalarda Refleksoloji Uygulaması. In: Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar (1. Baskı), Başer M ve Taşcı S (edt). Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2015; p 121-124.
6. Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(1): 35-43.
7. Başer M. Hormon Replasman Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002.
8. Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık davranışları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6(3): 77-90.
9. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, et al. Sleep difficulty in women at midlife: A community survey of sleep and the menopausal transition. Menopause 2003; 10(1): 19-28.

10. Chung KF, Tang MI. Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women. *Maturitas* 2006; 53: 396-404.
11. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, et al. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause* 2008; 15(5): 958-962.
12. Koç Z, Sağlam Z. Klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2008; 4(15): 100-112.
13. Çelik A, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 16-29.
14. Lai JN, Chen CM, Chen PC, Wang JD. Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: Assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Climacteric* 2006; 9(2): 119-128.
15. Shin C, Lee S, Lee T, et al. Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 59(4): 395-402.
16. Kıröğlu F. Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri, Yüksek lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2005.
17. Young T, Finn L, Austin D, Peterson A. Menopausal status and sleep-disordered breathing in the wisconsin sleep cohort study. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167(9): 1181-1185.
18. Jean-Louis G, Kripke DF, Assmus JD, Langer RD. Sleepwake patterns among postmenopausal women: a 24-hour unattended polysomnographic study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55: 120-123.
19. Kripke DF, Brunner R, Freeman R, et al. Sleep complaints of postmenopausal women. *Clin J Womens Health* 2001; 1(5): 244-252.
20. Anttalainen U, Saaresranta T, Aittokallio J, et al. Impact of menopause on the manifestation and severity of sleepdisordered breathing. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1381-1388.

21. Timur S, Şahin NH. Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: A population-based study. *Maturitas* 2009; 64: 177-181.
22. Hachul H, Oliveira DS, Bittencourt LRA, Andersen ML, Tufik S. The beneficial effects of massage therapy for insomnia in postmenopausal women. *Sleep Science* 2014; 7(2): 114-116.
23. Field T. Massage therapy. *Med Clin North Am* 2002; 86(1): 163-171.
24. Schiff A. Literature review of back massage and similar techniques to promote sleep in elderly people. *Pflege* 2006; 19: 163-173.
25. Zhou YF, Wei YL, Zhang PL, et al. Multi-central controlled study on three-part massage therapy for treatment of insomnia of deficiency of both the heart and spleen. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006; 26: 385-388.
26. Newton KM, Buist DSM, Keenan NL, et al. Use of alternative therapies for menopause symptoms: results of a population-based survey. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 18-25.
27. Oliveira DS, Hachul H, Tufik S, Bittencourt L. Effect of massage in postmenopausal women with insomnia-pilot study. *Clinics* 2011; 66(2): 343-346.
28. Nehir S, Çoban A, Demirci H, ve ark. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2009; 31: 15-21.
29. Çoban A, Nehir S, Demirci H, ve ark. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008; 22(6): 343-349.
30. Uçanok Z, Bayraktar R. Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. *3P Dergisi: Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji* 1996; 4: 11-20.
31. Balık D. Menopozun Evlilik İlişkileri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013.
32. Sis A. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2010.

33. Montero I, Ruiz I, Hernandez I. Social functioning as a significant factor in women's help-seeking behaviour during the climacteric period. *Social Psychiatry Epidemiology* 1993; 28: 178-183.
34. Koster A, Davidsen M. Climacteric complaints and their relation to menopausal development-a retrospective analysis. *Maturitas* 1993; 17: 155- 166.
35. Kurpius SER, Nicpon MFV, Maresh SH. Mood, marriage and menopause. *Journal of Counseling Psychology* 2001; 48(1): 77-84.
36. Timur S, Şahin N. Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(3): 61-67.
37. Yavuz P. Hemodiyaliz Hastalarında Masajın Uyku Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2013.
38. Ko Y, Lee H. Randomised controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartum women. *Midwifery* 2014; 30: 60-64.
39. Çınar Ş, Eşer İ. Effect on sleep quality of back massage in older adults in rest home. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012; 5(1): 2-7.
40. Field T, Reif M, Diego M, Fraser M. Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2007; 11: 141-145.
41. Oliveira D, Hachul H, Goto V, Tufik S, Bittencourt LRA. Effect of therapeutic massage on insomnia and climacteric symptoms in postmenopausal women. *Climacteric* 2012; 15(1): 21-29.
42. Taavoni S, Darsareh F, Joolae S, Haghani H. The effect of aromatherapy massage on the psychological symptoms of postmenopausal Iranian women. *Complementary Therapies in Medicine* 2013; 21(3): 158-163.
43. Shinde M, Anjum S. Effectiveness of slow back massage on quality of sleep among ICU patients. *International Journal of Science and Research* 2014; 3(3): 292-298.

44. Nerbass F, Feltrim M, Souza S, et al. Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery. *CLINICS* 2010; 65(11): 1105-1110.
45. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. Baskı), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015: 677-687.
46. Görgel E, Çakıroğlu F. Menopoz Döneminde Kadın, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2007.
47. Çiftçi TU, Köktürk O. Uyku laboratuvarında uyku yeterliliğini etkileyen faktörler. *Akciğer Arşivi* 2004; 5(3): 135-138.
48. Moe KE. Hot flashes and sleep in women. *Sleep Med Rev* 2004; 8(6): 487-497.
49. Freedman RR, Roehrs TA. Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash-induced sleep disturbance. *Menopause* 2006; 13(4): 576-583.
50. Freedman RR, Roehrs TA. Sleep disturbance in menopause. *Menopause* 2007; 14(5): 826-829.
51. Dzaja A, Arber S, Hislop J, et al. Women's sleep in health and disease. *J Psychiatr Res* 2005; 39(1): 55-76.
52. Ensrud KE, Stone KL, Blackwell TL, et al. Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. *Menopause* 2009; 16(2): 286-292.
53. Atasü T. Menapoz Tedavisi ve Kanseri, Nobel Kitabevi, Tayf Matbaacılık, İstanbul, 2001.
54. Galea R, Brincat M. Influence Of Estrogen on Collagen, In: *Menopause Biology and Pathobiology*, Lobo R, Kelsey J, Marcus R (edt). Academic Press, USA, 2000: p 267.
55. Prystowsky JH. Menopause and The Skin, In: *Menopause Biology and Pathobiology*, Lobo R, Kelsey J, Marcus R (edt). Academic Press, USA, 2000: p 309.
56. Murray SS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing (5th ed.), Saunders Elsevier, Canada, 2010: 914-915.
57. Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2014: p 1101-1102.

58. Akdemir N. Dinlenme ve Uyku Düzensizliklerinde Hemşirelik Bakımı, In: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (2. Baskı), Akdemir N ve Birol L (edt). Sistem Ofset, Ankara, 2004: p 129-139.
59. Keser Özcan N. Uyku ve Uyku Sorunu Olan Hastanın Bakımı, In: Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (2. Baskı), Akça Ay F (edt). Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008: p 409-421.
60. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar (3. Baskı), Nobel Tıp Kitabevi, İzmir, 2000: 25-36.
61. Kaynak H, Ardıç S. Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2011: 147.
62. Tarhan N. Evlilik Psikolojisi (10. Baskı), Timaş Yayınları, İstanbul, 2011.
63. Erbek E, Beştepe E, Akar H, ve ark. Evlilik uyumu. Düşünen Adam 2005; 18(1): 39-47.
64. Collins RS, Coltrane S. Sociology of Marriage and The Family: Gender, Love and Property (3. Press), Chicago, 1991.
65. Erbek E, Beştepe E, Akar H, ve ark. Cinsellik ve çift uyumu: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam 2005b; 18: 72-81.
66. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar 2009; 1: 68-79.
67. Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 15(59): 82-90.
68. Çelik A, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013; 1(1): 48-56.
69. Hotun Şahin N. Klimakteriyum Dönemi ve Menopoz, In: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Kızılkaya Beji N (edt), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015: p 135-142.
70. Luoto R, Moilanen J, Heinonen R, et al. Effect of aerobic training on hot flushes and quality of life-a randomized controlled trial. Ann Med 2012; 44: 616-626.

71. Özcan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi 2013; 28(4): 157-163.
72. Nowakowski S, Meliska C, Martines F, Parry B. Sleep and menopause. Current Neurology and Neuroscience Reports 2009; 9(2): 165-172.
73. Cohen LS, Soares CN, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. The American Journal of Medicine 2005; 118(12): 93-97.
74. Hachul H, Garcia TKP, Maciel AL, et al. Acupuncture improves sleep in postmenopause in a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Climacterium 2013; 16(1): 36-40.
75. Newton KM, Reed SD, Guthrie KA, et al. Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. Menopause 2014; 21: 339-346.
76. Richy F, Schacht E, Bruyere O, et al. Vitamin D analogs versus native vitamin D in preventing bone loss and osteoporosis-related fractures: a comparative meta-analysis. Calcif Tissue Int 2005; 76: 176-186.
77. Van den Heuvel EG, Muijs T, Van Dokkum W, Schaafsma G. Lactulose stimulates calcium absorption in postmenopausal women. J Bone Miner Res 1999; 14: 1211-1216.
78. Demirtaş RN. Menopozda fizyoterapi ve rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics 2017; 3(3): 173-183.
79. Petricevic L, Unger FM, Viernstein H, Kiss H. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of oral lactobacilli to improve the vaginal flora of postmenopausal women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008; 141: 54-57.
80. Murkies AL, Lombard C, Strauss BJ, et al. Dietary flour supplementation decreases postmenopausal hot flushes: effects of soy and wheat. Maturitas 1995; 21(3): 189-195.
81. Bozkurt ÖD, Sevil Ü. Menopoz ve cinsel yaşam. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; 3(4): 497-503.
82. Özcan O. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (2. Basım), Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi, Bursa, 2002: 173.

83. Perry A, Potter P. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Aştı T, Karadağ A (edt), Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 2011: 155.
84. Fontaine KL. Complementary and Alternative Therapies for Nursing Practice (2nd edition), Pearson Education, Upper saddle River, New Jersey, 2004: 199-220.
85. Hattan J, King L, Griffiths P. The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery; a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing 2002; 37(2): 199-207.
86. Kanbir O. Klasik Masaj, Motif matbaası, İstanbul, 2001.
87. Çetin Ö, Bülbül T. Masaj, In: Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar, Başer M, Taşcı S. (edt), Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015: 89-95.
88. Hilbert JE, Sforzo GA, Swensen T. The effectes of massage on delayed onset muscle soreness. Br J Sports Med 2003; 37(1): 72-75.
89. Tuna N. Klasik Masaj. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1986: 38-49.
90. Tunç N. Krusen's Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon El Kitabı, Nobel Kitabevi, 1982: 299-301.
91. Tuna N. A'dan Z'ye Masaj, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1997: 5.
92. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7: 107-115.
93. Gürkan CÖ. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe forumunun güvenilirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu Dergisi 2005; Mayıs-Haziran: 30-35.
94. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte uyum ölçeğinin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlik çalışması. 3P Dergisi: Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji 1999; 7(1): 50-57.
95. Varghese S, Rajeswari S, Gayathri-Priya N. Effectiveness of aromatherapy on joint pain and quality of life among the women with menopause at selected villages of thiruvallur district. Journal of Science 2014; 4(9): 575-582.

96. Hur MH, Yang YS, Lee MS. Aromatherapy massage affects menopausal symptoms in Korean climacteric women: a pilot controlled clinical trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; 5(3): 325-328.
97. Daley A, MacArthur C, McManis R, et al. Factors associated with the use of complementary medicine and non-pharmacological intervention in symptomatic menopausal women. *Climacteric* 2006; 9(5): 336-346.
98. Lee YM. Effects of foot reflexology massage on climacteric symptom, fatigue and physiologic parameters of middle aged women. *J Korean Acad Adult Nurs* 2006; 18: 284-292.
99. Taghian F, Ghasemi B, Rezaei S. Effects of pilates training, massage therapy, and combinational exercises on joint pain reduction and quality of life among menopause women. *Applied Mathematics In Engineering, Management and Technology* 2014; 2(4): 528-534.
100. Tunç N. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi, Yakınma ve Baş etme Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2014.
101. Brown WJ, Mishra GD, Dobson A. Changes in physical symptoms during the menopause transition. *Int J Behav Med* 2002; 9: 53-67.
102. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 463-473.
103. Ho SC, Chan SG, Yip YB, et al. Menopausal symptoms and symptom clustering in Chinese women. *Maturitas* 1999; 33(3): 219-227.
104. Owens JF, Matthews KA. Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas* 1998; 30(1): 41-50.
105. Asltoğhiri M, Ghodsi Z. The effects of reflexology on sleep disorder in menopausal women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012; 31: 242-246.
106. Ju M, Lee S, Bae I, et al. Effects of aroma massage on home blood pressure, ambulatory blood pressure, and sleep quality in middle-aged women with hypertension. *Evidence Based Complementary Alternative Medicine* 2013; Article ID 403251: 1-7.

107. Richard KC. Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *American Journal of Critical Care* 1998; 7(4): 288-299.
108. Hill R, Baskwill A. Positive effects of massage therapy on a patient with narcolepsy. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork* 2013; 6(2): 24-28.
109. Özcan H, Kızılkaya Beji N. Menopoz döneminde cinsellik. *Kadın Cinsel Sağlığı* 2014; 209-211.
110. Latifses V, Estroff DB, Field T, Bush JP. Fathers massaging and relaxing their pregnant wives lowered anxiety and facilitated marital adjustment. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2005; 9(4): 277-282.

Ek II. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya d alamadınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den ↓ |
| c) Haftada 1 veya 2 kez | d) Haftada 3 veya ↑ |

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den ↓ |
| c) Haftada 1 veya 2 kez | d) Haftada 3 veya ↑ |

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den ↓ |
| c) Haftada 1 veya 2 kez | d) Haftada 3 veya ↑ |

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den ↓ |
| c) Haftada 1 veya 2 kez | d) Haftada 3 veya ↑ |

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den ↓ |
| c) Haftada 1 veya 2 kez | d) Haftada 3 veya ↑ |

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den ↓ |
| c) Haftada 1 veya 2 kez | d) Haftada 3 veya ↑ |

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den ↓ |
| c) Haftada 1 veya 2 kez | d) Haftada 3 veya ↑ |

(h) Kötü rüyalar gördünüz

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

(i) Ağrı duyduunuz

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

- a) Çok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) Çok kötü

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

9. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- a) Hiç problem oluşturmadı b) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
c) Bir dereceye kadar problem oluşturdu d) Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- a) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
b) Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
c) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
d) Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

(a) Gürültülü horlama

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

(b) Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

(c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓
c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....



Ek III. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

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

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

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



Ek IV. Evlilik Uyumu Ölçeği (EUÖ)

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı daire içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

Çok Mutsuz

Mutlu

Çok Mutlu

*

*

*

*

*

*

- Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
2. Aile bütçesini idare etme						
3. Boş zaman etkinlikleri						
4. Duyguların ifadesi						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel ilişkiler						
7. Toplumsal Kurallara uyma						
8. Yaşam felsefesi						
9. Eşin akrabalarıyla anlaşma						

- Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- () erkeğin susması ile
- () kadının susması ile
- () karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- () hepsini
- () bazılarını
- () çok azını
- () hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- () dışarıda bir şeyler yapmayı
- () evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder?

- () dışarıda bir şeyler yapmayı
- () evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- () sık sık
- () arada sırada
- () çok seyrek
- () hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

- () aynı kişiyle evlenirdiniz
- () farklı bir kişiyle evlenirdiniz
- () hiç evlenmezsiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- () hemen hemen hiçbir zaman
- () nadiren
- () çoğu konularda
- () her konuda

Ek V. Sırt Masajı Uygulaması Eğitim Planı

İÇERİK

- Klimakterik dönem
- Klimakterik dönemde yaşanan değişimler
- Uyku
- Uykusuzluk
- Uykunun klimakterik dönemde nasıl etkilendiği
- Klimakterik dönemde yaşanan sorunların evlilik uyumu ile arasındaki ilişki
- Masajın etkileri
- Masaj hareketleri
- Sırt masajının nasıl yapılacağı
- Sırt masajının ne kadar sürede yapılması gerektiği
- Sırt masajının ne zaman yapılması gerektiği

EĞİTİMİN SÜRESİ

- Konuların anlatımı: 15-20 dakika
- Soru-cevap: 5 dakika
- Demostrasyon: 15 dakika
- Erkeğin sırt masajı uygulamasını izleme: 15 dakika
- Değerlendirme: 10 dakika

EĞİTİMDE KULLANILAN YÖNTEMLER

- Anlatım
- Zihinde canlandırma
- Soru-cevap
- Demostrasyon

EĞİTİMDE KULLANILACAK ARAÇ VE GEREÇ

- Bilgisayar (slayt sunumu ve video izletimi)
- Eğitim broşürü

İÇERİK

- **Klimakterik dönem**

Klimakteriyum kadınların üreme çağından, yumurtalık fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği bir yaşam dönemidir. Bu dönem 40-45 yaşlarında başlar, ihtiyarlık döneminin başlangıcı olan 65 yaşa kadar sürer.

- **Klimakterik dönemde yaşanan değişimler**

Uykusuzluk, sıcak basması, gece terlemesi, hazımsızlık, kabızlık, bağırsak gazı, kilo artışı, sinirlilik, gerginlik, isteksizlik, unutkanlık, cinsel ilişki sırasında ağrı, çarpıntı, osteoporoz (kemik erimesi).

- **Uyku**

Uyku; bilinç düzeyinin geriye dönüşlü değişiklikler gösterdiği, düzenli, tekrarlayan ve kolayca geri dönebilen fiziksel aktivitenin en alt düzeyde olduğu bir durumdur.

- **Uykusuzluk**

Her insan, yaşamının belli bir zamanında uyuma güçlüğü yaşamıştır. Uykusuzluk genel olarak uykuya başlamada güçlük; yeterli zaman veya fırsat olmasına rağmen uykunun süresinde, bütünlüğünde ve kalitesinde yetersizlik ve gün içine yansıyan olumsuz sonuçlarıyla tanımlanır.

- **Uykunun klimakterik dönemde nasıl etkilendiği**

Menopoz süresince yaşanan uyku problemleri sıklıkla hormonal değişikliklerle ilişkili olarak geceye özgü sıcak basması ve gece terlemesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca östrojen ve progesteron hormonunun kanda düşük olmasından dolayı üst hava yollarındaki gevşetici kas aktivitesini azaltarak uyku apnesinde rolü olduğu düşünülmektedir. Östrojen, uykuya geçişi kolaylaştıran ve uykunun REM (psikolojik rahatlamanın sağlandığı) fazını hem sayı hem de süre olarak arttıran bir hormondur. Dolayısıyla menopozal kadınlarda uykuya geçiş süresi uzadığı gibi, uyku esnasında alınması gereken REM fazı süresi kısalır ve kadın kendini yorgun hissederek uyanır. Ayrıca menopozdaki östrojen çekilmesi, düzenli uykuda önemli rolü olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına neden olabilmektedir.

- **Klimakterik dönemde yaşanan sorunların evlilik uyumu ile arasındaki ilişki**

Evlilik uyumunun menopozal yakınmalarla ilişkisinin incelendiği çalışmalarda, uyumlu evlilik ilişkisi olan kadınların menopozal yakınmalarının daha az olduğu görülmüştür.

- **Masajın etkileri**

Masaj, tedavi amacıyla vücuda, özellikle yumuşak dokulara sistematik olarak uygulanan el hareketleridir. Düzgün yapılan masaj, ağrının daha az hissedilmesini sağlar. Masaj kaslarda

biriken metabolik artıkların yok olmasını hızlandırır, dokuların oksijenlenmesini artırır ve sinir sistemindeki gevşeme yanıtlarını uyarır.

Masaj, vücut ısını ve kan akımını artırır. Solunumu düzenler, kaslar güçlenir, yorgunluk azalır. Uykusuzluğu azaltır, gevşeme ve rahatlık hissi verir. Psikolojik olarak; organizma üzerinde canlandırıcı, sakinleştirici, uyarıcı, sinirsel gerginliği ve stresi azaltıcı psikolojik etkileri vardır.

- **Masaj hareketleri**

Masaj yaparken ellerin aldığı biçimler, hareketin gelişmesi ve oluşan etkiler göz önünde bulundurularak klasik masaj hareketleri dörde ayrılır:

1. Sıvazlama
2. Yoğurma
3. Ovma
4. Darbeleme

Sıvazlama: Deri üzerine yapılan sıvazlama hareketidir. Sıvazlama yüzeysel veya derin uygulanabilir. Masaj sıvazlama ile başlar, sıvazlama ile biter.

Yoğurma: Yoğurma, kası doğrudan ele alan etkili bir masaj hareketidir. Kasın büyüklük ve biçimine göre tek elle, çift elle, tüm elle ve parmaklarla uygulanabilen yoğurma hareketleriyle kas sıkıştırılır ve esnetilir. Kan dolaşımında hızlanma ve atık maddelerin uzaklaştırılmasını sağlar. Yoğurma hareketi kasların dinlendirilmesinde oldukça etkilidir.

Ovma: Parmak uçlarıyla veya başparmakla yapılan küçük alanlı, dairesel bastırma ve kaydırma hareketleridir.

Darbeleme: Avuç içini kubbeleştirerek veya eller tam sıkılmamış yumruk şeklini alarak hafif vuruş biçiminde yapılan titreşim hareketidir.

- **Sırt masajının nasıl yapılacağı**

Sırt masajının akşam saatlerinde yapılması uykunun düzenlenmesinde ve gevşemede oldukça etkilidir. Her masaja sıvazlamayla başlanır. Sıvazlama el sırtıyla ve avuç içiyle yapılır. Kuyruk sokumundan başlanır ve enseye kadar sıvazlanır. Enseye gelindikten sonra eller birbirinden ayrılarak sırtın yan kısımlarından kuyruk sokumuna doğru geri döner. 4-5 kez bu uygulama tekrarlanır.

Yoğurma hareketine kuyruk sokumundan başlanır, enseye kadar çıkılır ve 4 kez tekrarlanır. Yoğurma hareketi bittikten sonra bölge 1 kez sıvazlanır.

Başparmaklar tekrar kuyruk sokumuna yerleştirilir, baskı uygulayarak küçük daireler çizilir ve enseye kadar çıkılır. Tüm sırt bölgesine aşağıdan yukarı (kuyruk sokumundan enseye kadar) bu uygulama yapılır.

Sırt masajı vurma/darbeleme hareketi ile bitirilir. Eller tam sıkılmamış yumruk biçimini alır ve elin dış kenarıyla tüm sırt bölgesine aşağıdan yukarı doğru hafif vurma hareketi yapılır. En son olarak sırt avuç içi ile sıvazlanır.

Kürek kemiği bölgesi ve boyun bölgesi 2-3 kere sıvazlandıktan sonra, kürek kemiği avuç içi ile yoğurulur. Daha sonra boyun bölgesi parmaklar ile nazikçe yoğurulur.

- **Sırt masajının ne kadar süre yapılması gerektiği**

Yaklaşık 15 dakika sırta masaj yapılır.

- **Sırt masajının ne zaman yapılması gerektiği**

Yatma saatinden 30 dakika önce uygulanır.



Ek VI.



HAZIRLAYAN
ARŞ. GÖR. DİDEM KAYA

DANIŞMAN
PROF. DR. MÜRÜVET BAŞER

SİVAS

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ

MASAJIN ETKİLERİ

MASAJ HAREKETLERİ

SIRT MASAJI NASIL YAPILIR?

SIRT MASAJI NE KADAR SÜRE YAPILMALIDIR?

SIRT MASAJI NE ZAMAN YAPILMALIDIR?



GİRİŞ

Klimakterik dönem (40-65 yaş arası dönem) fiziksel ve psikolojik süreçlerde birçok değişimin ve sorunun yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde en sık yaşanan sorunlardan birisi uykusuzluktur. Yaşanan uykusuzluk sorunu; fiziksel ve psikolojik rahatlığı, günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkileri ve aile içi süreçleri olumsuz etkilemektedir.

Yapılan araştırmalar sonucunda, klimakterik dönemde yaşanan sorunların eşler arası uyumla yakından bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu dönemde yaşanan sorunlar eşler arası uyumu olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda eşler arası uyumun düşük olduğu durumlarda, kadının yaşadığı sorunların şiddeti de artmaktadır.

Masajın, kan akımının hızlanmasında, kasların rahatlamasında, ağrının daha az hissedilmesinde, uyku kalitesinin artmasında ve menopozal semptomları rahatlatmada önemli etkileri vardır. Masaj, uygulanması kolay, güvenilir bir yöntemdir.

Bu eğitim kitapçığı, masajın etkilerini, sırt masajının nasıl, ne kadar sürede ve ne zaman yapılması gerektiğini size anlatan bir rehber niteliği taşımaktadır. Bu eğitim materyalinin hazırlanmasındaki amaç, sırt masajı uygulamasının kadınların yaşadığı uykusuzluk sorununu azaltmak/ortadan kaldırmak, menopozal yakınmaları azaltmak ve eşler arası uyum düzeyini artırmaktır.

MASAJIN ETKİLERİ

Masaj, ağrının daha az hissedilmesini sağlar. Masaj kaslarda biriken metabolik artıkların yok olmasını hızlandırır, dokuların oksijenlenmesini artırır ve sinir sistemindeki gevşeme yanıtlarını uyarır.

Masaj, vücut ısını ve kan akımını artırır. Solunumu düzenler, kaslar güçlenir, yorgunluk azalır. Uykusuzluğu azaltır, gevşeme ve rahatlık hissi verir. Psikolojik olarak; organizma üzerinde canlandırıcı, sakinleştirici, uyarıcı, sinirsel gerginliği ve stresi azaltıcı gibi psikolojik etkileri vardır.



MASAJ HAREKETLERİ

Sıvazlama: Deri üzerine yapılan sıvazlama hareketidir. Sıvazlama yüzeysel veya derin uygulanabilir. Masaj sıvazlama ile başlar, sıvazlama ile biter.



Yoğurma: Yoğurma, kası doğrudan ele alan etkili bir masaj hareketidir. Kasın büyüklük ve biçimine göre tek elle, çift elle, tüm elle ve parmaklarla uygulanabilen yoğurma hareketleriyle kas sıkıştırılır ve esnetilir. Kan dolaşımında hızlanma ve atık maddelerin uzaklaştırılmasını sağlar. Yoğurma hareketi kasların dinlendirilmesinde oldukça etkilidir.



Ovma: Parmak uçlarıyla veya başparmakla yapılan küçük alanlı, dairesel bastırma ve kaydırma hareketleridir.



Darbeleme: Avuç içini kubbeleştirerek veya eller tam sıkılmamış yumruk şeklini alarak hafif vuruş biçiminde yapılan titreşim hareketidir.



SIRT MASAJI NASIL YAPILIR?

Sırt masajının banyodan sonra ve akşam saatlerinde yapılması uykunun düzenlenmesinde ve gevşemede oldukça etkilidir. Her masaja başlangıçta olduğu gibi, sırtta da sıvazlamayla başlanır. Sıvazlama el sırtıyla ve avuç içiyle yapılır. Kuyruk sokumundan başlanır ve enseye kadar sıvazlanır. Enseye gelindikten sonra eller birbirinden ayrılarak sırtın yan kısımlarından kuyruk sokumuna doğru geri döner. 4-5 kez bu uygulama tekrarlanır.



Yoğurma hareketine kuyruk sokumundan başlanır, enseye kadar çıkılır ve 4 kez tekrarlanır. Yoğurma hareketi bittikten sonra bölge 1 kez sıvazlanır.



Başparmaklar tekrar kuyruk sokumuna yerleştirilir, baskı uygulayarak küçük daireler çizilir ve enseye kadar çıkılır. Tüm sırt bölgesine aşağıdan yukarı (kuyruk sokumundan enseye kadar) bu uygulama yapılır.



Sırt masajı vurma/darbeleme hareketi ile bitirilir. Eller tam sıkılmamış yumruk biçimini alır ve elin dış kenarıyla tüm sırt bölgesine aşağıdan yukarı doğru hafif vurma hareketi yapılır. En son olarak sırt avuç içi ile sıvazlanır.



Kürek kemiği bölgesi ve boyun bölgesi 2-3 kere sıvazlandıktan sonra, kürek kemiği avuç içi ile yoğurulur. Daha sonra boyun bölgesi parmaklar ile nazikçe yoğurulur.



SIRT MASAJI NE KADAR SÜRE YAPILMALIDIR?

Yaklaşık 15 dakika sırta masaj yapılır.



SIRT MASAJI NE ZAMAN YAPILMALIDIR?

Yatma saatinden 30 dakika önce uygulanır.



BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (MÜDAHALE GRUBU)

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, menopozal dönemdeki kadınlara eşlerin uyguladığı sırt masajının menopozal yakınmalar, uyku kalitesi ve eş uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışmada, müdahale (masaj yapılan) ve kontrol (masaj yapılmayan) grupları vardır. Her gruba 50 gönüllü alınacaktır. Siz çalışmanın müdahale (masaj yapılan) grubunda olacaksınız.

Masaj, tedavi amacıyla vücuda, özellikle yumuşak dokulara sistematik olarak uygulanan el hareketleridir. Masaj kasların gerginliğini azaltır, rahatlamayı ve gevşemeyi sağlayarak gerginliği ve stresi azaltır, uykuya geçişi hızlandırır, ödemi azaltır, yorgunluğu giderir, ağrının daha az hissedilmesini sağlar.

Çalışmanın başlangıcında kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş anket formu (Ek I), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek II), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek III) ve Evlilik Uyum Ölçeğinin (Ek IV) doldurulmasıyla başlanacaktır. Eşinize de Evlilik Uyum Ölçeği (Ek IV) doldurulacaktır. Araştırmacı, eşinize sırt masajının nasıl yapılacağını anlatıp, sırt masajı videosu izlettirecek ve varsa sorularını cevaplayacaktır. Daha sonra eşinizin sırtınıza yapacağı masaj izlenip, eksik yapılan uygulamalar tekrar anlatılacaktır. Sırt masajının haftada iki kez, yatma saatinizden yarım saat önce, 15 dakika boyunca ve toplam 4 hafta eşiniz tarafından yapılması istenecektir. Bu süreç içerisinde araştırmacı sizi 1., 2. ve 3. haftalarda telefonla arayarak danışmanlık ve destek verecektir. 4 haftalık uygulamanın bitiminde (1 ay sonra) sizden tekrar Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek II), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek III) ve Evlilik Uyum Ölçeğini (Ek IV) doldurmanız, eşinizin de Evlilik Uyum Ölçeğini (Ek IV) doldurması istenecektir.

Sırt masajının sağlığınıza ilgili herhangi bir riski bulunmamaktadır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Araştırma boyunca, 24 saat süreyle 0534 303 52 54 numaralı telefondan araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip sonradan vazgeçme gibi bir seçim şansınız da vardır. Böyle bir durumda size gösterilen tıbbi özende bir değişim olmayacaktır. Çalışmanın verileri, araştırmacının doktora tezi için ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi yapan

Adı-Soyadı: Arş. Gör. Didem KAYA

İletişim numarası: 0 534 303 52 54

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan ben, ve eşim yukarıda yazılı olan bilgileri okuduk ve anladık. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildik. Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetimize saygı gösterileceğine inanıyoruz. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımızı, istediğimiz zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimizi ve kendi isteğimize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimizi biliyoruz. Bu formun bir kopyası tarafımıza verilmiştir. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamızla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyoruz.

Tarih:

Bilgilendirmeyi yapan Adı Soyadı/İmza/Tarih:

Gönüllü Adı Soyadı/İmza/Tarih:

Gönüllünün Eşinin Adı Soyadı/İmza/Tarih:

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı/İmza/Tarih:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)**BİLGİLENDİRME**

Bu çalışma, menopozal dönemdeki kadınlara eşlerin uyguladığı sırt masajının menopozal yakınmalar, uyku kalitesi ve eş uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışmada, müdahale (masaj yapılan) ve kontrol (masaj yapılmayan) grupları vardır. Her gruba 50 gönüllü alınacaktır. Siz çalışmanın kontrol (masaj yapılmayan) grubunda olacaksınız.

Çalışmaya kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş anket formu (Ek I), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek II), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek III) ve

Evlilik Uyumu Ölçeğinin (Ek IV) doldurulmasıyla başlanacaktır. Eşinize de Evlilik Uyumu Ölçeği (Ek IV) doldurulacaktır. 4 hafta sonra (1 ay sonra) sizden tekrar Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek II), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek III) ve Evlilik Uyumu Ölçeğini (Ek IV) doldurmanız, eşinizin de Evlilik Uyumu Ölçeğini (Ek IV) doldurması istenecektir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Araştırma boyunca, 24 saat süreyle 0534 303 52 54 numaralı telefondan araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip sonradan vazgeçme gibi bir seçim şansınız da vardır. Böyle bir durumda size gösterilen tıbbi özende bir değişme olmayacaktır.

Çalışmanın verileri, araştırmacının doktora tezi için ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi yapan

Adı-Soyadı: Arş. Gör. Didem KAYA

İletişim numarası: 0 534 303 52 54

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan ben, ve eşim yukarıda yazılı olan bilgileri okuduk ve anladık. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildik. Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetimize saygı gösterileceğine inanıyoruz. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımızı, istediğimiz zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimizi ve kendi isteğimize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimizi biliyoruz. Bu formun bir kopyası tarafımıza verilmiştir. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamızla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyoruz.

Tarih:

Bilgilendirmeyi yapan Adı Soyadı/İmza/Tarih:

Gönüllü Adı Soyadı/ İmza/Tarih:

Gönüllünün Eşinin Adı Soyadı/İmza/Tarih:

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı/İmza/Tarih:





T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :66418953-044/46837

08/06/2016

Konu :Anketler(Didem KAYA)

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 07.06.2016 tarih ve E.46620 sayılı yazılarına ekli Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 01.06.2016 tarih ve 044/429 sayılı Didem KAYA ile ilgili yazıları yazımız ekinde sunulmuştur.

Konunun ilgili öğrenci ile danışmanına duyurulması hususunda gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Aykut ÖZDARENDELİ
Enstitü Müdürü

EK :

14 sayfa yazı

DAĞITIM

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Prof.Dr. Mürüvvet BAŞER



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı :14065294-044/
Konu :Anketler

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

- İlgi :** a) 15/02/2016 tarihli ve 044/13129 sayılı yazınız.
b) Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 01/06/2016 tarihli ve 044/429 sayılı yazısı.

Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan ilgi (b) yazıda; Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Didem KAYA'nın "Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eşlerin Uyguladığı Sırt Masajının Menopozal Yakınmalar, Uyku Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi" konulu doktora tez çalışması ile ilgili olarak anket uygulaması yapma isteğinin uygun görüldüğü bildirilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

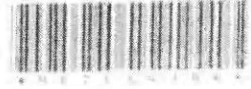
e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Kemal APALAK
Rektör Yardımcısı

EK :
1- İlgi (b) yazı (13 Sayfa)



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 14065294-644/
Konu : Anketler

T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
(İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne)
SİVAS

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Didem KAYA'nın "Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eşlerin Uyguladığı Sırt Masajının Menopozal Yakınlıklar, Eşin Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi" konulu doktora tez çalışması ile ilgili olarak Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne Şeyh Şamil Aile Sağlığı Merkezi ile Yunusemre Aile Sağlığı Merkezinde 18/04/2016 - 18/04/2017 tarihleri arasında ekte örneği gönderilen anket çalışmasını yapmak için izin istemektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencimizin söz konusu çalışmayı yapmasına izin verilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Karamehmet YILDIZ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek :
1- Anket Örneği (7 Sayfa)

İl Halk Sağlığı Müdürlüğü	
Bilgi ve İletişim	
Tarih:	7.4.2016
Sayı:	20892
Vali Yardımcısı	



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS HALK
SAĞLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ
31/05/2016 11:48 - 73192166 - 044 - E-428



00024490922

Sayı : 73192166/044
Konu : Araştırma Talebi Hk.

VALİLİK MAKAMINA

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Doğum-Kadın ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER danışmanlığında Doktora programı öğrencisi Didem KAYA "Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eşlerin Uyguladığı Sırt Masajının Menopozal Yakınmalar, Uyku Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını 18.04.2016 - 18.04.2017 tarihleri arasında Şeyh Şamil ASM ve Yunusemre Aile Sağlığı Merkezlerine başvuruda bulunan 40-65 yaş arası kadınlar üzerinde uygulamak istemektedir. Araştırmacının Sosyodemografik Veri Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PSQI= Pittsburgh Sleep Quality Index), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Evlilik Uyumu Ölçeği (EUÖ) ve Masaj ve Sırt Masajı Eğitimi 'ni belirtilen tarihler içerisinde Şeyh Şamil ASM ve Yunusemre Aile Sağlığı Merkezlerinde 40-65 yaş arası kadınlar üzerinde uygulayabilmesi için alınan 18.05.2016 tarihli ve E.399 sayılı Olur'da Erciyes Üniversitesi'nin selven yapmış olduğu hata nedeniyle Olur' un iptal edilmesi, 20.05.2016 tarihinde yeniden düzenlenmiş olan üst yazıya istinaden araştırmacı Didem KAYA'nın araştırma talebini uygulabilmesi uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Hatice İÇER YEL
Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü

OLUR
...../ /2016

Dr. Abdullah KURT
Vali a.
Halk Sağlığı Müdür V.



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS HALK
SAĞLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ
01.06.2016 10:38 - 73192166 - 044 - E 426



00024395708

Sayı : 73192166/044
Konu : Araştırma Talebi Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 31.05.2016 tarih ve 73192166-044-E.426 sayılı Valilik Oluru.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Doğum-Kadın ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER danışmanlığında Doktora programı öğrencisi Didem KAYA "Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eşlerin Uyguladığı Sırt Masajının Menopozal Yakınmalar, Uyku Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını 18.04.2016 - 18.04.2017 tarihleri arasında Şeyh Şamil ASM ve Yunusemre Aile Sağlığı Merkezlerine başvuruda bulunan 40-65 yaş arası kadınlar üzerinde uygulamak istemektedir. Araştırmacının Sosyodemografik Veri Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PSQI= Pittsburgh Sleep Quality Index), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDO), Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) ve Masaj ve Sırt Masajı Eğitimi 'ni belirtilen tarihler içerisinde Şeyh Şamil ASM ve Yunusemre Aile Sağlığı Merkezlerinde 40-65 yaş arası kadınlar üzerinde uygulayabilmesi için alınan Olur ekte gönderilmiş olup ilgili kişi ve Aile Sağlığı Merkezlerine iletilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Abdullah KURT
Halk Sağlığı Müdürü V.

Dağıtım:
Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü
İbn-i Sina TSM Başkanlığı

01 Haziran 2016
İmza
Memur

Halk Sağlığı Müdürlüğü Yüceyurt Mh. Rahmi Günay Cd. No:3/L 58040/ SİVAS

Faks No:0346 223 49 00

e-Posta:nazmiye.delican@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sivas.hsm.saglik.gov.tr

Bilgi için:Nazmiye DELİCAN

Unvan:VERİ HAZIRLAMA VE KONT İŞLT.

Telefon No:(0) 346 2256367/1122

İvrakan elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bf02339b-701e-4dd9-a0eb-10026e7c0208 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 96681246/ 15
Konu :

22.04.2016

Sayın *Post-Dr. Merve Baser*
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 15.04.2016 tarihinde yapılan toplantıda çalışmanız ile ilgili alınan Etik Kurul Kararı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Sami Aydoğan
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Eki: adet

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-00)

ARAŞTIRILMANIN AÇIK ADI		Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eklemin Uyguladığı Sırt Masajının Menopoza Yakınlarda Uyku Kalitesi ve Etki Uyumu Üzerine Etkisi			
VARSA ARAŞTIRILMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dokanlığı Melikgazi/KAYSERİ			
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11			
	FAKS	0 352 437 62 66			
	E-POSTA	byanclar@erciyes.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Münevver Başer			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI / ADI / SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI / ADI / SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRILMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Diğer ise belirtiniz	Doktora Tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒	ÇOKMERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanının

Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

İmza:




KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAİK-80)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRILANIN AÇIK ADI		Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Eşlerin Uyguladığı Sırt Masajının Menopozal Yıkılmaları, Uyku Kalitesi ve Eş Uyumu Etkisi					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer	
	BELGE ADI	Açıklama					
	SİGORTA						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU						
	İLAN						
	YILLIK BİLDİRİM						
	SONUÇ RAPORU						
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ						
	DİĞER						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	2016/266	Tarih :	15.04.2016			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma İle İlişki	Katılım (*)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk. Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Karamehmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk. Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARA EŞLERİN UYGULADIĞI SIRT MASAJININ MENOPOZAL YAKINMALAR, UYKU KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA ETKİSİ

ORIGINALITY REPORT

18%	16%	4%	11%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.gebelikhesaplama.org Internet Source	2%
2	acikarsiv.ankara.edu.tr Internet Source	2%
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Student Paper	1%
4	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Student Paper	1%
5	Submitted to Istanbul University Student Paper	1%
6	www.nuveforum.net Internet Source	1%
7	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Student Paper	1%
8	Submitted to Erciyes Āniversitesi Student Paper	1%

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Didem KAYA

e-mail: didemkaya86@gmail.com

İş Telefon: 0346 219 10 10 / 1351

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sivas

EĞİTİM BİLGİLERİM

Eğitim düzeyi	Üniversite/Bölüm/Anabilimdalı	Yıl
Doktora	Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Anabilim Dalı/Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	2018
Yükseklisans	Cumhuriyet Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü/Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2012
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	2008

İŞ BİLGİLERİM

Akademik Ünvan	Üniversite/Bölüm/Anabilim dalı	Yıl
Araştırma Görevlisi	Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Bölümü/Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2010-...

KATILDIĞIM BİLİMSEL ETKİNLİKLER

KONGRELER

- 12. Ulusal "Uluslararası Katılımlı" Hemşirelik Kongresi, 2009, Sivas (Düzenleme Kurulu Üyesi)
- 1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 21-23 Ekim 2010, İzmir.
- 10. Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi, 02-06 Mart 2011, Bursa.
- 7.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 23-25 Nisan 2011, Ankara.
- **1. Ulusal Kadın Hastalıkları Ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 18-19 Aralık 2014, İzmir.**
- 7. TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-15 Mayıs 2014, Ankara.
- Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi 27-29 Mayıs 2015, Kayseri.
- 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 5-8 Kasım 2017, Ankara.

KURSLAR

- Liderlik becerileri kursu, 2009, Sivas.
- Temel İstatistik Kursu, 2012, Ankara.
- CETAD, 1. Modül: Cinsellik Kavramı Kursu, 2014, İstanbul.
- Akupres Kursu, 2015, Kayseri.
- SPSS kursu, Aralık 2016-Ocak 2017, Sivas.

SEMPOZYUMLAR

- Sağlıkta Değişim: Değişimin Yönetimi, 2012, Sivas.
- Sivas Ebelik Sempozyumu, 2014, Sivas.
- Anne Sütü ve Emzirme Sempozyumu, 2014, Sivas (Düzenleme Kurulu Üyesi)
- Epilepsi Sempozyumu, 8 Kasım 2017, Sivas.

ÇALIŞTAY

- 1. Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Eğitimi Çalıştayı, 2014, Erzurum.

PANEL

- Etik ve Hukuk Boyutuyla Araştırma ve Yayın Yapma, 2014, Sivas.

YAYINLAR

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- N Tugut, D Tirkeş, G Demirel, Preparedness of pregnant women for childbirth and the postpartum period: Their knowledge and fear, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 35:4, 336-340. DOI: [10.3109/01443615.2014.960375](https://doi.org/10.3109/01443615.2014.960375). SCI-Expanded.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler.

- Evcili F, Kaya D, Tokofobi: Multidisipliner Bir Problem, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 3-5 Mayıs 2018, Amasya, P94.
- Evcili F, Kaya D, Maternal Role Uyum ve Ebelik/Hemşirelik Bakımı, 1. Uluslararası 5. Ulusal Sivas Ebelik Sempozyumu, 24-26 Nisan 2018, Sivas.
- Kaya D, Doğan Aras Ş, Gölbaşı Z (2017) Hemşirelerin Farklı Kültürlerden Bireylere Bakım Vermeye Yönelik Kültürel Yetkinliklerinin Belirlenmesi, 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 5-8 Kasım 2017, Ankara, S001.
- Gölbaşı Z, Eroğlu K, Kaya D, Doğum Yapan Kadınların Bakış Açısından Anne Sütü ve Emzirme Mitleri, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, Aydın, S-0793.

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

- Kaya D, Gölbaşı Z (2016) Hemşirelik / Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi, TAF Prev Med Bull, 15(4): 305-311.
- Tuğut N, Kaya D (2017) Hemşirelerin Terapötik Mizah Kullanma Durumları ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, DEUHFED, 10(3), 131-136.
- Kaya D, Gölbaşı Z (2016) Son Sınıf Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Görüşleri, ACU Sağlık Bil Dergisi 2016(4):202-208.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- Kaya D, Gölbaşı Z, Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Bilgi ve Görüşleri, 10. Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi, 02-06 Mart 2011, S 17.

- N Tuğut, D Tirkeş, G Demirel, Gebelerin Doğum Ve Doğum Sonu Döneme Hazır Oluşluk Durumları: Gebelerin Bilgi Düzeyleri ve Endişeleri, 1. Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi, 20-22 Haziran 2013, P 37.
- Tirkeş D, Gölbaşı Z, Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Yaygınlığı Ve Premenstrual Sendromun Sigara İçme Davranışı İle İlişkisi, **1.Ulusal Kadın Hastalıkları Ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 18-19 Aralık 2014, İzmir, Poster bildirir.**
- Tuğut N, Gölbaşı Z, Tirkeş D, Aile Planlaması Servisine Başvuran Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleri ile Eş Uyumları Arasındaki İlişki, **1.Ulusal Kadın Hastalıkları Ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 18-19 Aralık 2014, İzmir, Poster bildirir.**

Diğer Yayınlar

Gölbaşı Z, Kaya D, Üreme Sistemi ve İlişkili Hastalıklar, (Edt. Yılmaz M, Seki Z) Patofizyolojinin Esasları, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018, İstanbul.