

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

(DOKTORA TEZİ)

**MENOPOZAL DÖNEMLERDEKİ KADINLARDA UYKU
SORUNLARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

SERMİN TİMUR

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. NEVİN HOTUN ŞAHİN**

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

İSTANBUL-2008

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

06/07/2008

Prof.Dr.Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☐ Doktora ☒
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Şermin Timur
Tez Başlığı : "Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi"
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 30 / 06 / 2008

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

- 1.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 2.Doç.Dr.Nurdan Demirci (Tez İzleme Komitesi) Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 3.Yard.Doç.Dr.Nevin Hotun Şahin (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 4.Yard.Doç.Dr.Hülya Bilgin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 5.Yard.Doç.Dr.Ümran Oskay İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Sermin TİMUR

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamız sırasında bana gösterdiği ilgi, zaman, anlayış, verdiği güven ve bilimsel desteği için danışmanım Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin'e,

Bilimsel bilgi, destek ve anlayışından dolayı, Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji'ye,

Tüm doktora eğitimim süresince desteklerini benden eksik etmeyen anneme, ablama, kardeşlerime ve yeğenime,

Çalışmama gösterdiği ilgi ve desteğinden dolayı Meral Ucuzal'a, Remziye Aydın'a, Mehmet Nur'a ve arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	II
BEYAN	III
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ	IX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	XI
ÖZET.....	XII
ABSTRACT	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Menopoz İle İlgili Tanımlar	3
2.2. Menopozal Değişiklikler	4
2.3. Uyku ve Uykusuzluk Kavramı.....	6
2.4. Uykunun Ölçüm ve Değerlendirilmesi	10
2.4.1. Polisomnografi	10
2.4.2. Görsel Analog Ölçeği.....	12
2.4.3. Temel Nordik Uyku Anketi	12
2.4.4. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ).....	12
2.4.5. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)	13
2.4.6. Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ)	14
2.5. Menopoz ve Uyku Kavramı	14
2.6. Menopoz ve Yaşam Kalitesi Kavramı	17
2.7. Menopozal Dönemlerde Hemşirelik Yaklaşımı.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	20
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	20
3.2.2. Araştırma Verilerinin Toplanması	21
3.2.3. Katılımcı Bilgi Formu (Ek 2).....	22

3.2.4. Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği-KSİÜÖ (Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale) (Ek 3).....	23
3.2.5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (Ek 4)	23
3.2.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)(Ek 5)	24
3.2.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	25
4. BULGULAR	26
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	26
4.2. Kadınların Uyku Alışkanlıkları ve Uykusuzluğa İlişkin Bulgular.....	33
4.3. Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının, Sosyo-Demografik Özelliklerine, Uyku Alışkanlıklarına, Jinekolojik ve Obstetrik Değişkenlerine, Genel Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına ve MÖYKÖ Alt Grup Puanlarına İlişkin Bulgular.....	36
4.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik Özelliklere ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	44
4.5. Kadınların Uykusuzluk Problemi İle İlişkili Risk Faktörlerinin İleri Analizine İlişkin Bulgular.....	50
5. TARTIŞMA	52
5.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması, ...	53
5.2. Kadınların Uyku Alışkanlıkları ve Uykusuzluğa İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60

5.3. Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının, Sosyo-Demografik Özelliklerine, Uyku Alışkanlıklarına, Jinekolojik ve Obstetrik Değişkenlerine, Genel Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına ve MÖYKÖ Alt Grup Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik Özelliklere ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	70
5.5. Kadınların Uykusuzluk Problemi İle İlişkili Risk Faktörlerinin İleri Analizine İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	74
6. SONUÇ	76
6.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	76
6.2. Kadınların Uyku Alışkanlıkları ve Uykusuzluğa İlişkin Sonuçlar	77
6.3. Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının, Sosyo-Demografik Özelliklerine, Uyku Alışkanlıklarına, Jinekolojik ve Obstetrik Değişkenlerine, Genel Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına ve MÖYKÖ Alt Grup Puanlarına Göre Sonuçlar	78
6.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik Özelliklere ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Sonuçlar.....	79
6.5. Kadınların Uykusuzluk Problemi İle İlişkili Risk Faktörlerinin İleri Analizine İlişkin Sonuçlar	81
7. KAYNAKLAR	82
8. FORMLAR VE İZİNLER.....	90
8.1. EK 1: Bilgilendirilmiş Onay Formu.....	90
8.2. EK 2: Katılımcı Bilgi Formu.....	91
8.3. EK 3: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği – KSİÜÖ (Women’s Health Initiative Insomnia Rating Scale).....	94
8.4. EK 4: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ).....	96
8.5. EK 5: Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)	98
8.6. EK 6: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeğinin – KSİÜÖ (Women’s Health Initiative Insomnia Rating Scale) Dil Eşdeğerliği ve Kapsam Geçerliliği Aşamasında Görüşü Alınan Öğretim Üyeleri Listesi	101
8.7. EK 7: Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden Kullanım İzni.....	102

8.8. EK 8: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin Kullanım İzni.....	103
8.9. EK 9: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kullanım İzni.....	105
8.10.EK10: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri.....	106
8.11. EK 11: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin Test Tekrar-Test Korelasyon Katsayıları.....	108
9. ÖZGEÇMİŞ	109

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.1: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	27
Tablo 4.1.2: Kadınların jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine göre dağılımı	28
Tablo 4.1.3: Kadınların geçirilen jinekolojik ameliyat türüne ve ameliyat geçirilen süreye	29
Tablo 4.1.4: Kadınların hormon tedavisi alma şekli ve hormon tedavisi alma süresine	29
Tablo 4.1.5: Kadınların kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı	30
Tablo 4.1.6: Kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının dağılımı	31
Tablo 4.1.7: Kadınların boy, kilo ve BKİ'nin dağılımı.....	31
Tablo 4.1.8: Kadınların egzersiz yapma, sigara kullanma, kahve ve çay içme	32
Tablo 4.1.9: Kadınların sigara kullanma miktarına göre dağılımı	32
Tablo 4.1.10: Kadınların egzersiz yapma sıklığının dağılımı	33
Tablo 4.2.1: Kadınların bazı uyku alışkanlıklarına göre dağılımı	33
Tablo 4.2.2: Kadınların uyku alışkanlıklarındaki değişikliğe göre dağılımı	34
Tablo 4.2.3: Uykusuzluğu olan kadınların uykusuzluk nedenlerine göre dağılımı	34
Tablo 4.2.4: Kadınların uykusuzluk için önlem alma durumlarına göre dağılımı	35
Tablo 4.2.5: Kadınların uykusuzluk için alınan önlemlere göre dağılımı.....	35
Tablo 4.2.6: Kadınların ifade ettikleri horloma sıklığına göre dağılımı	35
Tablo 4.2.7: Kadınların gün içerisinde uykusuzluk yaşama sıklığına göre dağılımı	36
Tablo 4.3.1: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ) puan ortalamasının dağılımı.....	36
Tablo 4.3.2: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ) puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	37
Tablo 4.3.3: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ) puan ortalamalarının uyku alışkanlıklarına göre dağılımı	38
Tablo 4.3.4: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ) puan ortalamalarının jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine göre dağılımı	40
Tablo 4.3.5: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ) puan ortalamalarının genel sağlık durumu ve sağlık davranışlarına göre dağılımı	42

Tablo 4.3.6: Kadınların KSIÜÖ'den aldıkları puanlarla ve MÖYKÖ alt grup puanlarının ilişkisi	43
Tablo 4.4.1: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik Özelliklere ve Uyku Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.4.2: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamasının dağılımı	44
Tablo 4.4.3: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı	46
Tablo 4.4.4: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına göre uyku alışkanlıklarının dağılımı	48
Tablo 4.5.1: Kadınların uykusuzluk problemi ile ilişkili risk faktörlerinin ileri analizi.....	50

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
E2	: Östradiol
EEG	: Elektroensefalografi
EFT	: Ev Halkı Tespit Fişi
EUÖ	: Epworth Uykululuk Ölçeği
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
HDL	: High Density Lipoprotein
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KSİUÖ	: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği
LDL	: Low Density Lipoprotein
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
PSG	: Polisomnografi
PUKÖ	: Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği
REM	: Rapid Eye Moment
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ÖZET

Timur, S (2008). Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Çalışma ülkemizdeki menopozal dönemlerdeki kadınların uyku sorunları, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini Malatya’da yaşayan 45-59 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın birinci aşamasında 35 menopozal kadın üzerinde, Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİÜÖ)’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.745 olarak bulunmuştur. İkinci aşamada, örneklem yüzde 95 güven aralığı ve $\pm$ % 3 sapma ile 887 kadın olarak hesaplanmıştır. Örneklemi, belirlenen sağlık ocaklarının Ev Halkı Tespit Fişlerinden basit rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen ve ev ziyaretini kabul eden kadınlar oluşturmuştur. Resmi kurum ve katılımcılardan yazılı ve sözlü onaylar alınmıştır. Veriler, Aralık 2006 - Haziran 2008 tarihleri arasında kadınlar ile evlerinde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows (Version 10.0) paket programı kapsamındaki Pearson Korelasyon testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t), Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA), post-hoc Tukey testi, Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Backward Stepwise lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. KSİÜÖ’nin geçerlik ve güvenirliği Cronbach Alpha, madde toplam puan korelasyonları ve iki yarım test yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, kadınlarda uykusuzluk prevalansı % 54’dir. Lojistik regresyon analizi sonucunda uykusuzluk gelişme riski; perimenopoz dönemde olanların premenopoz dönemde olanlara göre 2.4 kat, hormon tedavisi alanların almayanlara göre 1.7 kat, fiziksel hastalığı olanların olmayanlara göre 1.5 kat daha fazla, depresyonu olanların olmayanlara göre 3.9 kat fazla ve yaştaki bir birimlik artışın uykusuzluğu 1.04 kat artırdığı bulunmuştur. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini, depresyonun varlığı, uykusuzluk, horlama, gün içerisinde uykusuzluk yaşama ve uykusuzluk yaşama sıklığı olumsuz olarak etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Uykusuzluk, menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, kadın sağlığı inisiyatifi uykusuzluk ölçeği, menopoz, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Timur, S (2008). Sleeping problems among menopausal women and their effect on quality of life. Istanbul University Health Sciences Institute. Department of Obstetric and Gynecologic Nursing. Doctorate Thesis. Istanbul.

This is a cross sectional descriptive study analyzing the sleeping problems among the menopausal women in our country, relevant factors and their association with the quality of life. The population of the study is the women aged 45-59 living in Malatya. During the first phase of the study, the validity and reliability of the Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale (WHIIRS) was tested upon its administration on 35 menopausal women using test re-test method, which revealed a correlation coefficient of 0.745. Next in the second phase, the sample of the study was calculated as 887 at 95 % confidence interval with ± 3 % deviation. The sample consisted of those women who were selected randomly out of Household Records of the selected health centers and who accepted our request for home visits. Both verbal and written permissions were granted from concerning official institutions and the participants. The data were collected through personal interviews with women at their home between December, 2006 and June, 2008. The data were analyzed using Pearson Correlation test, t test, one way ANOVA, post-hoc Tukey test, Kruskal-Wallis F test, Mann-Whitney U test and Backward Stepwise logistic regression analysis based on software SPSS for Windows (Version 10.0). The validity and reliability of the WHIIRS were assessed using Cronbach Alpha, item total score correlation, and two split test methods. The prevalence of insomnia among women was found 54 %. The logistic regression analysis revealed that the risk of insomnia development was 2.4 times higher in perimenopausal period than premenopausal period, 1.7 times higher among those receiving hormonal treatment than those who do not, 1.5 times higher among those with a physical disease than those without, 3.9 times higher among those with depression than those without, and that one unit increase in age causes a 1.04 times increase in insomnia. The quality of menopausal women's lives was affected adversely by depression, insomnia, snoring, insomnia during daytime, and insomnia frequency.

Key words: Insomnia, the menopause specific quality of life questionnaire, women's health initiative insomnia rating scale, menopause, quality of life.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

2000'li yıllarda tüm dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de gelişen teknoloji ve sağlık bakım olanaklarının artması ile doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır. Ülkemizde 2003 yılı verilerine göre kadınların doğuştan beklenen yaşam süresi 71 yıldır. Bu sayının 2030'da 76 yıl olacağı tahmin edilmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2000 verilerine göre 45-59 yaş arası kadın nüfusu toplam kadın nüfusunun %11.74'ünü oluşturmaktadır (Kharbouch ve Şahin 2007; <http://www.die.gov.tr> 2000).

İnsan biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlıktır. İnsanın sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerin karşılanmasına bağlıdır. Uyku da tüm insanlar için fizyolojik gereksinimlerden biridir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (Ay ve ark. 2007; Ertekin ve Doğan 1999).

Yaş ile birlikte uykusuzluk görülme sıklığı artmaktadır. 45 yaş sonrası 7 saat uyku normal kabul edilmektedir. Uyku güçlüğü orta yaşlı kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir (Owens ve Matthews 1998; Şahin 1998). Yaşla birlikte değişen hormonlar da uykuyu etkilemektedir. Menopozdaki östrojen çekilmesi, düzenli uykuda önemli rolü olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (Kravitz ve ark. 2003; Şahin 1998). Ayrıca menopozal dönemde görülen sıcak basması ve gece terlemesi yakınmaları menopozal dönemdeki kadınların uyumada güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir (Freedman 2005; Moe 2004; Moline ve ark. 2001; Regestein 2006). Nitekim sıcak basması ve gece terlemesini önlemek için kullanılan hormon tedavisi aynı zamanda menopozal dönemdeki uyku güçlüğünü de azaltabilmektedir (Owens ve Matthews 1998; Parry ve ark. 2006; Scharf ve ark. 1997).

Menopozal yakınmalar ve menopoza bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Menopozal dönemdeki yakınmaların başında sıcak basması-gece terlemesi ve uykusuzluk-yorgunluk gelmektedir (Kharbouch ve Şahin 2007). İstanbul'da menopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yapılan çalışmada uykusuzluk ve yorgunluk yakınması görülme oranı %71.3'tür (Şahin 1998). Menopozal dönemdeki uyku bozukluklarının nedeni, gece terlemesi ve sıcak

basması, ruhsal sıkıntılar ve uyurken nefes almadaki güçlük olarak belirtilmektedir (Moline ve ark. 2001).

Son gelişmeler menopozal yakınmalar için sadece medikal tedavinin yeterli olmadığını, multidisipliner sağlık bakımının gerekli olduğunu göstermiştir. Doğal ve fizyolojik bir olay olan menopoz, hastalık değildir; ancak, gebelikte olduğu gibi olası risk ve patolojiler nedeniyle, yoğun gözlem, destek, bakım, tedavi ve sağlık eğitimi gerektirir (Şahin 1998). Menopozal dönemdeki hemşirelik yaklaşımı, dikkatli tanılamayı, destekleyici tartışmayı ve eğitimi içine almalıdır (Kharbouch ve Şahin 2007).

Hemşirelik uyku gereksinimlerini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaya yönelik bir meslektir (Ertekin ve Doğan 1999). Türk kadınlarında menopozal dönemde uyku sorunları en önemli yakınmalardan olmasına rağmen, uyku sorunlarının sıklığını ve etkileyen faktörleri ortaya koyacak bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aynı zamanda uyku sorunlarının yaşam kalitesine etkisi düşünüldüğünde bu iki kavramın birlikte ele alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Bu bilgiler ışığında çalışma, ülkemizde menopozal dönemlerdeki uyku sorunları, sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Menopozal dönemdeki kadınların uyku sorunlarının belirlenmesinin, yaşam kalitesi üzerine uyku sorunlarının etkisini ve bunları etkileyen risk faktörlerinin tanımlanmasının hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz İle İlgili Tanımlar

Menopoz, klimakteryum içerisinde bir nokta olarak kabul edilen ve üzerinden ortalama bir yıl geçtikten sonra tanı konulabilen en son adet kanamasının özel ismidir. Üreme döneminin sonları ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasında olan menopoz, kadın yaşamının en önemli noktalarından birisidir (Atasü ve Gezer 2001; Şahin 1998; Taşkın 2003). Menopoza girme yaş ortalaması bölge ve toplumun gelişmişliğine göre 46 ile 52 yaş arasında değişmektedir. Menopoza giriş yaşı dünyada genel olarak 50-51, ülkemizde ise ortalama 46-48 yaşları arasındadır (Atasü 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflamasına göre başlıca üç evreye ayrılmıştır (Çiçek ve ark. 2004);

Premenopoz: Overde yetmezlik başladıktan sonra menopoza kadar geçen süredir. Premenopozal dönem kişiye ve topluma göre değişmekle birlikte 35-40 yaşlarında başlayıp, 55-60 yaşına kadar uzayabilir. Bu fazda menstural siklus bozulmuş, fertilité azalmış, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar görülmeye başlamıştır (Atasü 2001; Pernoll 1994; Taşkın 2003).

Menopoz: Menopoz kelimesi Yunanca “menos” ay, “pause” ise sonlanmak anlamındadır. Menopozun fizyolojik tanımı, “40 yaşından sonra, over yetersizliği sonucu, Folikül Stimulan Hormon (FSH) düzeyindeki yükselmeye ortaya çıkan menstruasyon kanamalarının sürekli olarak kesilmesi” şeklindedir. Menopoza 40 yaşından önce girmek “*Klimakterium precox*” veya “*erken menopoz*” olarak isimlendirilir. Yaşı ne olursa olsun adet görmekte olan bir kadının, histerektomi ile birlikte ya da iki taraflı overlerinin çıkarılması (bilateral oferektomi) durumunda “cerrahi menopoz” dan bahsedilir. Sadece histerektomi yapılmış, ooferektomi yapılmamış ise overler fonksiyonlarını sürdüreceğinden kadın menopoza girmemiş olur (Atasü ve Gezer 2001; Pernoll 1994; Taşkın 2003; Kharbouch ve Şahin 2007; Tortumluoğlu ve Erci 2004).

Perimenopoz: Menopozu ve menopoz sonrası ilk bir yılı kapsar. Bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar sıcak basması, gece terlemesi, yorgunluk, huzursuzluk, unutkanlık gibi psikosomatik semptomlar ve baş ağrısıdır.

Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır. (Atasü ve Gezer 2001; Pernoll 1994; Taşkın 2003; Tortumluoğlu ve Erci 2004).

2.2. Menopozal Değişiklikler

Menopozal dönemlerde birtakım fizyolojik değişiklikler görülür. Menopozal dönemlerde görülen değişikliklerin başlıca nedenleri; overlerin yaşlanması ve foliküler atreziye bağlı olarak fonksiyonel özelliklerini kaybetmesidir. Foliküler atrezi yaşamın ilk yıllarında başlar ve menopoz kadar devam eder. Foliküller, pubertede 380-400 bin civarında iken 40'lı yaşların başlangıcında 8000'e kadar iner. Östrojenlerin primer üretim yeri olan foliküllerdeki bu azalma, östradiol (E2) düzeyinde de azalmaya ve bununla ilişkili olarak folikül sitümüle edici hormonun (FSH) artmasına yol açar. Bu artmayla birlikte birçok folikül aynı zamanda gelişir ve östradiol seviyesi normale ulaşır. Fakat folikül fazı ve dolayısıyla siklus süresi hafifçe kısalarak ilk adet düzensizlikleri başlamış olur (Atasü ve Gezer 2001; Pernoll 1994; Şahin 1998). Menopoz yaşına gelindiğinde, overial foliküllerin tamamen tükenmesi ile ovulasyon durur, östrojen salgılanmaz ve overlerde atrofi görülür. Üreme çağı proliferasyon fazı değerlerine göre FSH 13 kat, LH 3 kat artmıştır. Sonuç olarak üreme siklusu ortadan kalkar ve menopoz ortaya çıkar. (Atasü 2001; Ertüngealp ve ark. 1996; Pernoll 1994; Selam ve Topçuoğlu 2004; Şahin 1998).

Menopozal dönemlerdeki hormonal değişikliklerin neden olduğu varsayılan değişiklikler içerisinde en yaygın olarak vazomotor değişiklikler görülmektedir. Yüz kızarması, sıcak basması, gece terlemesi ve çarpıntı şeklinde ortaya çıkan bu değişiklikleri kadınların % 75-85'i yaşamaktadır (Atasü ve Gezer 2001). Menopoz sonrası yıllık kemik kaybı % 1-2 civarındadır. Osteoporoza bağlı sırt ağrıları, boy kısalması ve ileri aşamada kamburluk ve kemik kırıkları görülmektedir. Östrojen azalmasına bağlı olarak ciltte kuruma ve renk değişikliği, androjen artışına bağlı yüzde minör hirsutizm ve ses kalınlaşması da olabilir. Ayrıca ağız kuruluğu, kötü tat, dişeti hastalıkları, distansiyon, konstipasyon ya da diyare ve hemoroidlerde artış ve iştah değişiklikleri de görülebilir (Taşkın 2003; Ertüngealp ve ark. 1996; Pernoll 1994; Şahin 1998).

Bu dönemlerde vajinal kuruluğa bağlı disparanoya, klitoral ereksiyonun azalmasına bağlı orgazm ve libido sorunları, vajinal pH'daki değişim sonucu

enfeksiyona eğilim, sık idrara çıkma gibi genitoüriner sistem sorunları ve cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Menopozla beraber östrojenin antiaterojenik etkisi giderek azaldığından total kolesterol, trigliserid ve düşük dansiteli lipoprotein (Low Density Lipoprotein-LDL) düzeyleri artarken, yüksek dansiteli lipoprotein (High Density Lipoprotein- HDL) yavaş yavaş düşer. Bu nedenle bu dönemde koroner kalp hastalığı riski artmaktadır (Başer ve Taşkın 2002; Karpuz 2001; Pernoll 1994; Taşkın 2003; Şahin 1998).

Menopoza özgü olmasa da, menopozda duygudurum bozukluğu, özellikle depresyon olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kadında önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsü, postpartum duygudurum bozukluğu ya da premenstruel disforik bozukluk öyküsü bulunması, sosyal desteğin zayıf olması menopoz döneminde psikiyatrik bozukluklar için risk etkenidir. Ayrıca histerektomi, psikososyal stresörlerin varlığı, menopoza olumsuz bakış açısı, sağlık durumunun kötü olması, sigara içme ve egzersiz azlığı gibi etkenler de menopozda duygudurum bozulması ile ilişkilidir. Klimakteriyumda östrojen eksikliğine bağlı fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklerin orta yaş dönemi ile ilişkili ailesel sorunların ve toplumun kültürel özelliklerinin kadının emosyonel dengesini değiştirdiği bilinmektedir (Koptagel-İlal 2001; Tot 2004).

Kadınların beklenen yaşam süresinin uzaması, menopozal yakınma ve menopozun alevlendirdiği sağlık sorunlarının yaşam kalitesi ve süresini olumsuz etkilemesi, tedaviyi kaçınılmaz kılmaktadır. Yaklaşık son 30 yıldır menopozla ilgili yapılan çalışmalar, kadınların klimakteriyum dönemlerinin biyolojisi ve klinik sonuçları hakkında daha fazla bilgi ortaya koymuştur. Büyük çapta yapılan çalışmalar, menopozda ovarian hormon kullanımını desteklemektedir. Günümüz tıbbının genel eğilimi menopoza giren ve belirgin bir kontrendikasyonu olmayan tüm kadınların hormon replasman tedavisi (HRT) ile tedavi edilmesi yönündedir (Atasü 2001; Başer ve Taşkın 2002).

Sağlık hizmeti sunan kişilerin kadınların hayatta kalma süresini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bu sağlık sorunlarını tanımaları ve kadınların bu sorunlarla başetmelerine yardımcı olmaları gerekmektedir (Şahin 1998).

2.3. Uyku ve Uykusuzluk Kavramı

Uyku sağlıklı yaşamın en önemli ihtiyaçlarından biri olan fizyolojik gereksinimlerden biridir. İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerin karşılanmasına bağlıdır. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (Ertekin ve Doğan 1999; Karadağ 2007). Günümüzde uykunun değişik tanımları yapılmaktadır.

Uyku; Bireyin duygusal ya da başka uyaranlarla, uyandırılabilceği bir bilinçsizlik durumudur ya da organizmanın çevre ile iletişiminin geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesi durumudur (Akdemir ve Birol 2003; Kutlutürkan ve Görgülü 2005).

Uyku; patofizyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen kompleks ve fizyolojik bir olaydır.

Uyku, canlı organizmanın dış dünya ile duygusal ve motor ilişkilerinin hemen tamamen yok olduğu, doğal ve geriye dönüşlü bir kayıtsızlık halidir (Karadağ 2007).

Uyku 4 basamaktan oluşur.

1. Basamak: Uyku ile uyanıklık arası dönemdir.
2. Basamak: Hafif uyku dönemidir.
3. Basamak: Derin uyku basamağıdır. Delta basamağı da denir.
4. Basamak. Hızlı göz hareketleri anlamına gelen REM (Rapid Eye Moment) dönemidir.

Gecenin ilk yarısı delta uykusundan, ikinci yarısı REM uykusundan zengindir. Bedensel dinlenme delta basamağında, ruhsal dinlenme REM döneminde gerçekleşir. Uyku fonksiyonu, yaşam süresi boyunca nicel ve nitel olarak değişimlere uğrar. Yeni doğmuş bir bebek günde 22 saate kadar uyurken, daha ileri yaşlarda uyku süresi azalır ve yaşlılıkta birkaç değerli saate kadar düşebilir. Yaş ilerledikçe toplam uyku süresi giderek azalır, yüzeysel ve kesintili olur. 45 yaş sonrası 7 saat uyku normal kabul edilir. 60 yaş üzerinde delta uykusu son derece azalır. İyi dinlenmeyen kadında, bedensel yorgunluk artar (Akdemir ve Birol 2003; Derman 2001; Ertuğrul ve Rezaki 2004; Karadağ 2007; Şahin 1998).

Uyku sanıldığı gibi organizmanın işlevlerinde pasif bir yavaşlama ve sessizliğe geçiş durumu değildir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi etkin (aktif) bir süreçtir ve karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir. Uykuda beynin etkin olarak çalıştığı, nörofizyolojik bir toparlanma ve onarım yapıldığı, uyanıkken öğrenilenleri ayıklama ve depolama, beyin korteksinde uyanıklık için etkin hazırlanma süreçlerinin olduğu da ileri sürülmektedir (Karadağ 2007; Öztürk 2004). Uyku bozukluğu eskiden beri bir rahatsızlığın belirtisi olarak bilinmekteydi. Son 40 yılda başlı başına bir rahatsızlık, bir sendrom olan uyku bozuklukları üzerinde çalışmalar hızla artmıştır. Uyku bozuklukları yaşamı tehdit eden kazalar, iş verimliliğinde ciddi kayıplar ve psikososyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olabilen ve sıklığı açısından büyük önemi olan halk sağlığı sorunlarıdır. Bu nedenle toplumda uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bu bozukluğa sahip olan insanların bilinçlendirilmesi ve tedavi almaya yönlendirilmesi yaşamsal önem taşır (Altıntaş ve ark. 2006; Aydın ve Karacan 1998; Karadağ 2007).

Uykuyu etkileyen risk faktörleri;

Hemşirenin bu faktörlerden hangisi /hangilerinin hastasında var olduğunu saptaması gerekir.

- Rahatlık Derecesi: Fizyolojik gereksinimlerin yeterince karşılanmaması uyku bozukluğuna neden olur.
- Yaşam Dönemleri: Yaşlılık, menopoza, adolesan dönem, gebelik uyku sorunlarına neden olabilir.
- Anksiyete: İş ve aile yaşamı ve diğer stresörler nedeniyle yaşanan anksiyete, uykusuzluğa neden olabilir.
- Çevre: Işık, ısı, koku, hava akımı, gürültü, yatağın, yastığının rahatsızlığı uykuyu etkileyebilir.
- Yaşam biçimi: İş yaşantısı, aile yaşantısına bağlı nedenlerle, uykudan önce aşırı bedensel ve zihinsel egzersiz uyku sorunları yaratabilir.
- Diyet: Ağır yemek, çikolata, kola, kahve uyku düzenini bozabilir.

- İlaç ve Diğer Maddeler: Birçok ilaç, nikotin, alkol gibi nedenler ajitasyon, uykusuzluk, yorgunluk gibi yan etkilere neden olarak uyku kalitesini bozabilir.
- Fiziksel Faktörler: Aile çevresinin kaybı, ağrı, rutinlerin kaybı, korku, endişe bilinmezlik gibi faktörler uyku sorununa neden olabilir (Akdemir ve Birol 2003; Özgen 2001).

Uykusuzluk (İnsomnia)

Uykusuzluk kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olmadığı durumlar olarak tanımlanabilir. Bu durumun en az bir ay boyunca, haftada en az üç kez sürmesi ile tanı konur. Birey saatlerce uykuya dalamadığını, uykuya erken dalsa bile uykunun sık sık bölündüğünü ve uyanınca tekrar uyumakta güçlük çektiğini anlatır. Kimi bireyler de uyudukları halde dinlenemediklerini, uykularını almadıklarını söylerler (Karadağ 2007).

Nedenlerine göre uykusuzluk 3 türe ayrılmaktadır.

- a) Başka ruhsal bozukluğa bağlı uykusuzluk: Çökkünlük, bunaltı bozuklukları ve başka ruhsal hastalıklarda olan devam eden uykusuzluk durumudur. Çökkünlüklerde hastaların en çok yakındıkları sorunlardan biri ağır uykusuzluktur. Hastaların uykusu kesiklidir ve sabah erken uyandığında beliren derin bunaltı hastayı yaşamından bıktıracak boyutlarda olabilir.
- b) Bilinen bir bozukluğa veya ilaçlara bağlı uykusuzluk: Bedensel bir hastalığa (artrit, Parkinson hastalığı, anjina pectoris, astım) veya anfetamin, steroidler, antidepresanlar, fazla çay ve kahve alımına ya da alkol ve başka alışkanlık yapan maddelerin bırakılmasına bağlı süregelen uykusuzluklardır.
- c) Birincil uykusuzluk. Belirgin bir ruhsal ya da bedensel sorun yoktur. Ancak uykunun kendisi ruhsal bir saplantı olmuştur. Hasta uyuyamamadan endişe eder, gece olunca gene uyku tutmayacağı korkusuna kapılır bu sürekli bir zihinsel uğraş olur. Hasta çeşitli uyuma yöntemleri araştırır, dener, uyumak için çok çabalar fakat çabaladıkça uyku tutmaz, bu nedenle de daha çok sıkılır (Öztürk 2004).

Uykusuzluk uyku bozuklukları arasında en sık görülen hastalıktır. Tedavisinde her şeyden önce uykusuzluğa neden olan bir başka hastalığın olup olmadığını saptamak

gerekir. Hastalıklara bağlı uykusuzluklarda önce bu hastalığın tedavisi ve ağrının giderilmesi zorunludur. Ortada belirgin bir ruhsal ya da organik neden olmadığında her şeyden önce uyku hijyenine dikkat etmek gerekir. Uyku hijyeni ile ilgili genel ilkeler şöyledir;

- Uyuyabilmek için hemen ilaca sarılmamak,
- Geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları vaktinde kalkarak günlük yaşama geçmek, gündüz uyumamak,
- Akşam yemekten sonra alkol, kolalı içecekler, kahve, çay ve sigaradan kaçınmak,
- Uyku vaktinden birkaç saat önce bedensel egzersizler yapmak, fakat uyku vaktinden önce 1-2 saat yorucu hareketlerden kaçınmak,
- Yatak odasını uyku ve cinsel ilişki dışında eylemler için (Örn. Çalışmak, TV seyretmek gibi) kullanmamak,
- Akşam ağır yemekler yememek,
- Uyumak için yatınca ve uyku tutmayınca, uykuya geçmek için kendini zorlamamak, kalkarak rahatlatıcı, fazla hareket gerektirmeyen, az çok tek düzeliği olan bir uğraşıda bulunmak, heyecan verici TV programlarından ya da kitaplardan kaçınmak (American Medical Association 2007; Ay ve ark. 2007; Jones ve Czajkowski 2000; Menopoz <http://tip.marmara.edu.tr> 2007; Özgen 2001; Öztürk 2004;).

Hemşirelik uyku gereksinimlerini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaya yönelik bir meslektir. Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimiyle ilgili işlevlerini “ hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek” olarak belirtmiştir. Faye G Abdellah kuramında, bireyin sağlık gereksinimlerinin bir hemşirelik problemi olduğunu söylemiştir. Abdellah belirlediği 21 hemşirelik probleminin 2.’sini “ hareket, egzersiz, uyku ve dinlenmeyi sağlamak ” olarak tanımlamıştır. Roper, Logan ve Tierney’in yaşam modelinde ise belirlenen 12 temel günlük yaşam aktivitesi içerisinde 11. sırayı uyku almıştır. Yaşam modeline göre uyku; günlük yaşamın baskılarından uzaklaşmayı ve dinlenmeyi sağlaması, insanın gevşemesini kolaylaştırması, uyku sürecinde hücrelerin büyüme ve yenilenmesinin gerçekleşmesi için gereklidir. Yetersiz

uyuma durumunda çeşitli hastalık belirtileri ortaya çıkabilir. Bireyin uyku alışkanlığı, uykuya yardımcı uygulamalar, olumsuz etkileyen faktörler değerlendirilerek, gerekli yardım girişimleri planlanmalıdır (Ay ve ark. 2007; Ertekin ve Doğan 1999; Velioğlu 1999). Uyku gereksinimi temel insan gereksinimleri ve günlük yaşam aktiviteleri arasında yer almaktadır. Hemşirelerin hastalarına bütüncül bir bakım verebilmeleri için öncelikle uyku sorununun varlığını tespit etmek, nedenini araştırmak ve etkileyen faktörleri saptamaları gerekmektedir (Ay ve ark. 2007; Ertekin ve Doğan 1999, Velioğlu, 1999). Hemşire risk faktörlerini gözden geçirerek eğitim ve gerekli bakım önlemlerini belirler. Ayrıca hemşire uykuyu uzaklaştıran ve uykuyu getiren faktörleri dikkate alarak basit önlemlerle uyku sorununu çözümleyebilir. Uykusuzluğun tedavisinde ilaç uygulamasından önce gevşeme teknikleri, ılık banyo, davranış tedavisi yöntemleri denenmelidir. Bu süreçte hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir (Akdemir ve Birol 2003; Öztürk 2004).

2.4. Uykunun Ölçüm ve Değerlendirilmesi

Uyku konusunda ilk gelişmeler 1929 yılında Berger'in uykuda elektroensefalografi'yi (EEG) kaydetmesiyle başlamıştır. 1937 yılında Loomis ve arkadaşları uykunun 5 evresi olduğunu Demet ve Kleitman'da 1957 yılında REM uykusunu tanımlamışlardır (Akdemir ve Birol 2003). Uykusuzluğun ölçülmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır;

- Polisomnografi
- Görsel Analog Ölçeği
- Temel Nordik Uyku Anketi
- Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği
- Epworth Uykululuk Ölçeği
- Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği

2.4.1. Polisomnografi

Polisomnografi (PSG) tanımı ilk kez 1974 yılında Jerome Holland tarafından kullanılmıştır. Holland'ın tanımına göre PSG, gece boyunca uykuda bir çok fizyolojik parametrenin eşzamanlı kaydı, analiz ve yorumlanmasını belirtmek amacıyla kullanılan bir terimdir (Karadağ 2007). Uykuda yaşanan olayları değerlendirmek için ideal,

objektif bir yöntemdir. PSG, horlama, uyku apne, uykuda periyodik bacak hareketleri gibi uyku bozukluklarının tanısında kullanılan ve gece uykusu boyunca hastanın beyin dalgalarının, göz hareketlerinin, solunum faaliyetlerinin, kanındaki oksijen oranının ve kas aktivitesinin ölçülmesi ile yapılan incelemenin genel ismidir. PSG, uyku evreleri yanında birçok fizyolojik parametrenin ayrıntılı izlenmesini sağlar ve çeşitli organ sistemlerinin fonksiyonu, uyku ve uyanıklık sırasındaki etkileşimleri konusunda bilgi vermektedir.

Polisomnografik inceleme yapılacak hasta uyku merkezine banyo yaparak gelmesi istenir. Böylece elektrotların cilde daha iyi yapışmasına ve bu sayede daha net bir kayıt alınmasına olanak sağlanır. Hasta PSG'nin yapılacağı gün gündüz uyumamalı, alkol almamalı ve çay kahve gibi uyku düzenini bozan içecekleri aşırı miktarda tüketmemelidir. Ayrıca yine uykunun doğal seyrini bozacak uyku verici ya da sinir yatıştırıcı ilaçlar test günü kullanılmamalıdır (Çiftçi ve Köktürk 2004; Karadağ ve Ursavaş 2007).

Yatak odasına alınan hasta evinden getirdiği kendi pijama ya da uyku kıyafetlerini giymelidir. Hastaya yapılacak işlemleri anlattıktan sonra kayıt için gerekli elektrotlar bağlanır. Kayıt esnasında beyin dalgalarını izlemek için saçlı deri ve kulak arkasına, göz hareketlerini incelemek için her iki göz yakınına, kas hareketlerini izlemek için çeneye ve kalp elektrosunu alabilmek için göğse özel yapıştırıcısı ile elektrotlar yapıştırılır. Hastanın kanındaki oksijen miktarını ölçmek için parmak ucuna, horlamasını takip etmek için boynuna ve nefes alıp vermesini izlemek üzere burnuna sensörler takılır. Yapıştırılan tüm bu elektrotlar ve sensörler hastanın rahat uymasını engellemeyecek şekilde tasarlanmıştır. Tüm bu elektrot ve sensörlerden çıkan kablolar hastanın göğsüne bir bandajla takılan ve yaklaşık 10 x 10 cm boyutundaki cihaza bağlanır.

Bilgisayar üzerinden hastanın elektrotlar aracılığı ile elde edilen tüm sinyalleri izlenmeye ve kayıt edilmeye başlanır. Ayrıca yatak odasında bulunan bir kamera ile hastadan tüm gece boyunca görüntü kaydı alınır. Hastaya uyuması için herhangi bir ilaç verilmez yani hasta uyutulmaz ve kendi doğal uykusu sırasında kayıt yapılır. Yine test esnasında bağlanan elektrotlarla hastaya hiçbir şekilde elektrik akımı verilmez tersine hastanın vücudundaki doğal elektrik, gelişmiş cihazlarla kayıt edilir. Tüm gece boyunca

alınan kayıtlar ertesi gün değerlendirmeye alınır (Çiftçi ve Köktürk 2004; Karadağ ve Ursavaş 2007).

2.4.2. Görsel Analog Ölçeği

Görsel analog ölçek, patolojik olmayan uykululuğun ölçülmesinde diğer yöntemlerden daha iyi sonuç vermektedir. Uygulamanın kolay olması ve kısa sürmesi, kişiler arası karşılaştırmadan ziyade aynı kişide zaman içindeki değişikliklerin belirlenmesinde de genellikle tercih edilmektedir. Beyaz zemin üzerine yatay olarak çizilmiş 100 mm boyunda bir çizginin sol ucuna “hiç uykum yok” sağ ucuna ise “çok uykum var” ifadeleri yazılır. Hissedilen uykululuk düzeyinin çizgi üzerinde denk geldiği yere işaret konulması istenir. Daha sonra çizginin sol ucu ile işaretler arası mesafe cetvelle ölçülür ve milimetre cinsinden kaydedilir.

2.4.3. Temel Nordik Uyku Anketi

Temel Nordik Uyku Anketi (Basic Nordic Sleep Questionnaire) 1988 yılında İskandinav Uyku Araştırma Topluluğu tarafından geliştirilmiştir. Son 3 ay süresince uyku kalitesini değerlendirmek için kullanılan 21 sorudan oluşan 5’li likert tipte bir ölçektir. Her bileşen 0-5 arasında puanla değerlendirilir. 3 soru bireyin çevresindeki kişiler tarafından yanıtlanır (Partinen ve Gislason 1995; Breus 2003).

2.4.4. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ)

PUKÖ 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. PUKÖ toplam 24 soru içerir. Bunların 19’u kendini değerlendirme sorusudur, 5’i eş ya da oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. 19. soru puanlamada dikkate alınmaz. PUKÖ; subjektif uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlerinde bozulmanın değerlendirildiği yedi öğeden oluşmaktadır. Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Ölçek toplam puanı 0-21 arasındadır. PUKÖ toplam puanının 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini gösterir. Tanısal duyarlılığı %89.6, özgüllüğü %86.5’tir. Ölçeğin doldurulması 5-10 dakika, puanlaması 5 dakika kadar sürer (Ağargün ve ark. 1996; Ertekin ve Doğan 1999; Roth ve Drake 2004).

2.4.5. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)

1991 yılında Johns tarafından geliştirilen EUÖ gündüz aşırı uyku eğilimini saptamak için uykunun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik öz-bildirim ölçeklerindendir. Diğer öz-bildirim ölçeklerinden farklı olarak uykululuğun günlük özel durumlar ve özel zaman dilimleri içerisinde değerlendirilmesinden öte, gündüz uykululuğun genel düzeyinin ölçülmesini hedef alır. Uygulama ve değerlendirmesi çok kolay ve tüm gün boyunca uykunun değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip bir öz-bildirim aracıdır. EUÖ dördümlük likert tip de bir ölçektir. 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmakta ve yüksek puan uykululuğu göstermektedir. Epworth Uykululuk Ölçeğinde günlük yaşamda varolan aşağıdaki sekiz farklı durumda en uygun uykuya dalma olasılığını en iyi ifade eden derecelendirmeyi bireyin belirtmesi istenir (Ağargün ve ark. 1999; Altıntaş ve ark. 2006; Omac ve Eğri 2006; Öztürk ve ark. 2006; Roth ve Drake 2004).

Derecelendirme :

0: uykuya dalma/uyuklama olasılığım HİÇ YOK

1: uykuya dalma/uyuklama olasılığım ÖNEMSİZ DÜZEYDE VAR

2: uykuya dalma/uyuklama olasılığım ORTA DÜZEYDE VAR

3: uykuya dalma/uyuklama olasılığım YÜKSEK DÜZEYDE VAR

Günlük durumlar:

1-Oturuyor ve okuyorken

2-Televizyon seyrediyorken

3-Toplantı, tiyatro vb.. gibi halka açık bir yerde pasif bir şekilde otururken

4-Bir taşıtta aralıksız bir saat yolcu olarak seyahat ederken

5-Öğleden sonra şartlar uygun olduğunda dinlenme amacıyla uzandığınızda

6-Oturuyor ve birisiyle konuşuyorken

7-Alkolsüz bir öğle yemeğinden sonra sakin bir ortamda otururken

8-Trafik birkaç dakikalığına tıkanmış ve siz arabadayken

Değerlendirmede her bir durum için alınan puanlar toplanır. Toplam puan 10'dan büyükse aşırı gündüz uykululuğunun varlığından söz edilebilir. Ülkemizde

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

Sonuç olarak EUÖ genel uykululuk düzeyini değerlendirmede uygulaması basit, kolay anlaşılabilir ve geçerliği ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. Ülkemizde uyku ve uyku bozuklukları ile ilgili yapılacak çalışmalarda genel uykululuk düzeyini ve farklı durumlardaki uykululuk düzeyini ölçmek amacıyla kullanılabilir (Ağargün ve ark. 1999; Altıntaş ve ark. 2006; Omac ve Eğri 2006; Öztürk ve ark. 2006; Roth ve Drake 2004).

2.4.6. Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİÜÖ)

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Grubu 50-79 yaş grupları arasındaki 66.269 postmenopozal kadın üzerinde yapılan araştırmada uykusuzluğa ilişkin durumu değerlendirmek için 10 sorulu ölçek kullanmışlardır. Levine ve ark. bu 10 madde üzerinden 5 sorudan oluşan Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'ni (Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale) geliştirmişlerdir. Ölçek 5 sorudan oluşan likert tipte bir ölçektir. Ölçekteki ilk 4 soru uykusuzluğun başlayışı, uykuyu sürdürememe ve sabahları erken uyanma durumunu belirlemektedir. Son soru ise uyku kalitesiyle ilişkilidir. Her bir soruya verilen yanıt son 4 haftada ve her haftadaki sıklık düşünülerek bireyin deneyimlerine göre cevaplanmaktadır. KSİÜÖ'de her bir madde 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup verilen yanıtla göre değerlendirme yapılmaktadır. KSİÜÖ'de ilk 4 soruda 0 puan uykusuzlukla ilişkili hiç sorun yaşanmadığını göstermektedir 4 puan ise uykusuzlukla ilişkili haftada 5 kez ya da daha fazla sorun yaşadığını göstermektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan uykusuzluk belirtilerinin en büyük derecesini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 20'dir. (Levine ve ark. 2003a; Levine ve ark. 2003b; Levine ve ark. 2005).

2.5. Menopoz ve Uyku Kavramı

Menopozal dönemde görülen uykusuzluk problemi gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir. Sıcak basmaları menopozal dönemdeki kadınların %75'inde görülmektedir. Kadınlarda uykusuzluk prevalansı ise %14 ile %53 arasında değişmektedir (Cheng ve ark. 2008; Chung ve Tang 2006; Kravitz ve ark. 2003; Lai ve ark. 2006; Shin ve ark. 2005; Owens ve Matthews 1998).

Menopoz süresince yaşanan uyku problemleri sıklıkla hormonal değişikliklerle ilişkili olarak geceye özgü sıcak basması ve gece terlemesinden kaynaklanmaktadır. Gece oluşan bu yakınmalar kadında uykusuzluğa neden olabilmektedir. Nitekim düzenli ve yoğun şekilde sıcak basması olan kadınların % 81'inden daha fazlasında kronik uykusuzluk semptomunun olduğu saptanmıştır (Hot Flashes 2006)

Ayrıca 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 fazının hem sayı hem de süre olarak arttıran bir hormondur. Dolayısıyla postmenopozal kadınlarda uykuya geçiş süresi uzadığı gibi, uyku esnasında alınması gereken REM fazı süresi kısalmış ve kadın kendini yorgun hissederek uyanır (Kutlutürkan ve Görgülü, 2005). Ayrıca menopozdaki östrojen çekilmesi, düzenli uykuda önemli rolü olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (Şahin, 1998). Ulusal Kadın Sağlığı Çalışmasında (The Study of Women's Health Across the Nation -SWAN), 40–55 yaşlarında multi etnik, çok yönlü 12,603 kadında sıcak basması ve uyku değerlendirilmiştir. Uyku güçlüğü ve sıcak basması arasında 1.99 oranında güçlü bir ilişki bulunmuştur (1.81-2.19 ile %95 güven aralığı). Hollanda'da 10,598 kadın üzerinde yapılan diğer büyük bir çalışmada, uykusuzluk ile sıcak basması arasında, yaş etkeninin kontrolünden sonra güçlü bir ilişki bulmuştur. Bazı çalışmalarda uykunun subjektif değerlendirilmesinde kullanılan soru formları kullanılırken bazılarında PSG gibi objektif ölçüm araçları kullanılmıştır (Moe 2004; Regestein 2006).

Menopoz dönemindeki kadınlar sıcak basması ve gece terlemesi yakınmalarını hafif, orta ve ciddi boyutta yaşayabilirler ve bu değişikliklerden farklı boyutlarda etkilenebilirler. Hafif derecedeki sıcak basmaları kadınların günlük aktivitelerini etkilemeyecek, kısa süreli ve tahammül edilecek boyutta olan değişikliklerdir. Orta derecedeki sıcak basmaları ise kadınlara rahatsızlık verir ve günlük yaşam aktivitelerini engeller. Sıcak basmaları birkaç saniye sürmekle beraber bazen birkaç dakika bazen daha da uzayabilir. Bazı kadınlar günde 20 ya da daha fazla bazılarının da haftada sadece bir ya da iki kez sıcak basması geçirdiğini bildirmektedir (Derman 2001; Moe 2004; Northrup 2005; Tortumluoğlu 2004).

Sıcak basmasında kadınlar bazı faktörlerden etkilenir. Cerrahi menopoz, yoğun şiddetli ve daha ani ilk atakla oluşan sıcak basması ile ilişkilidir. Sigara içen, daha az

fiziksel aktivite yapan kadınlarda şiddetli sıcak basması riski daha fazladır. Psikoloji stres sıcak basmasına zemin hazırlar ve hızlandırır, stres kadını önemli ölçüde sıcak basmasına karşı savunmasız bırakır.

Kilolu kadınlarda sıcak basması daha fazla görüldüğünden, kadınlarda beden kitle indeksi önemlidir. Çünkü östrojene karşı androjen daha az yağ hücresi dönüştürür. Araştırmalar ayıca alkol içiminin sıcak basmasını tetiklediği ya da riskini arttırdığını ileri sürmektedir. Sıcak basmasına bağlı gelişen uykusuzluk yakınması da bu faktörlerden dolayı olarak etkilenmektedir (Moe 2004; Regestein 2006).

Menopoz yıllarında yaşam kalitesinde artış beklentisi kadınlarda estrogen eksikliğinin negatif etkilerinin giderilmesi isteğini öne çıkarmaktadır. Östrojen eksikliği nedeniyle kadınların %20'si Hormon replasman tedavisi (HRT) kullanmaktadır. HRT menopoz dönemindeki kadınlarda estrogen eksikliğine bağlı semptomları gidermek ve hayat kalitesinde artış sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Selam ve Topçuoğlu 2004). Yapılan birçok çalışmada HRT'nin sıcak basması, terleme gibi vazomotor semptomları, sık idrara çıkma gibi idrar sorunları, cinsel isteksizlik ve hoşlanmama, orgazm sorunları ve vajinal kuruluk gibi cinsel sorunları giderdiği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda menopozal ya da psikolojik semptomları olan kadınların tedaviye bağlı olarak unutkanlık, uyku bozukluğu, huzursuzluk, anksiyete ve depresyon şikayetlerinin önemli ölçüde azaldığı belirtilmektedir (Kantola ve ark. 1998).

Sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde anahtar rolü olan hemşirelik, yaşamın her döneminde olduğu gibi menopozal dönemde de kadına bütünsel (holistik) bir anlayışla yaklaşmalıdır. Bu görüş doğrultusunda hemşireler birtakım değişikliklerle gelen bu yaşam dönemi için kadını hazırlamalıdır. Gerekirse benzer problemlere sahip kadınları bir araya getirerek sorunlarını tartışmaları, fikir alışverişinde bulunmalarını sağlamalı ve menopozal dönemdeki kadınlar için kaynak kişi olmalıdır (Şahin 1998; Tortumluoğlu 2004).

Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku sorunlarının ve yaşam kalitesine olan etkisinin belirlenmesiyle elde edilecek verilerden yararlanılarak etkin ve uygun bir hemşirelik bakımı planlanabilmesi amaçlanmaktadır. Bu bakımın menopoz dönemindeki kadınların ve ailelerin sorunlarıyla başetmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmanın bulgularının menopozdaki kadının ve toplumun eğitiminde kullanılabilecek, gereksinmelere uygun bir rehber oluşturmada yol

gösterici olacağı düşünülmektedir (Başer ve Taşkın 2002; Derman 2001; Taşkın 2003; Tortumluoğlu ve Erci 2004).

2.6. Menopoz ve Yaşam Kalitesi Kavramı

Son yıllarda menopoz konusuna olan ilginin artış nedeni ortalama yaşam süresindeki ve hayat standartlarındaki artıştır. İlk çağlardan bu yana bilim ve teknolojiye gelişmenin %90'ı, son yüzyıl içerisinde gerçekleşmiştir. Bu hızlı gelişme yaşam kalitesi ve yaşam süresini arttırarak dünya yaşlı nüfusunun çoğalmasına yol açmıştır. Milattan önce bin yılında 18 olarak bilinen kadın ömrü, günümüzde 80'li yaşların ötesine uzanmıştır. Bu nedenle 2000'li yıllarda pre-postmenopozal dönemler en önemli sağlık sorunlarının görüldüğü dönem olarak düşünülmektedir (Atasü ve Gezer 2001). Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, bir kişinin fiziksel durumunun, psikososyal fonksiyonları üzerine etkilerini değerlendirir. Daha geniş bir tanımla, yaşam kalitesi aynı zamanda 'deneyimle birleşen tutku ve ümitlerimizin ölçüsüdür' diye tanımlanabilir (Kharbouch ve Şahin 2007; Tokuç ve ark. 2006).

Menopoz hastalık olarak değerlendirilmemelidir. Fakat menopozal dönemde over fonksiyonlarında bozulma ve bu nedenle östrojenin azalması sonucu erken dönemde sıcak basmaları, irritabilite, uyku bozuklukları, halsizlik, anksiyete, konsantrasyon azalması gibi belirtiler görülmektedir. Menopozdaki kadınların yaşam kalitesi östrojen yokluğuna bağlı olarak gelişen bu semptomlardan etkilenmektedir (Kharbouch ve Şahin 2007; Tokuç ve ark. 2006).

Menopozal dönemdeki yaşam kalitesi; kadının, menopoz ile birlikte gelen değişiklikler ve şikayetler ile ne derece baş edebildiği ve bu geçiş döneminde kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bu da kadının genel sağlık durumunu yakından ilgilendiren temel süreçlerdendir (Kharbouch ve Şahin 2007).

Premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların bu dönemlere özgü sorunlar üzerinde kontrolünü sağlamak, iletişimlerini geliştirmek, daha önceden yapabildikleri ve hoşlandıkları aktiviteleri sürdürmelerini sağlamak için yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelere yardımcı olabilir (Başer ve Taşkın 2002).

Hemşirelerin bütüncül görüş çerçevesinde menopozdaki kadının stresörlerini tanımak, yaşama uyumunu kolaylaştırmak ve daha kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini

sağlamak için yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmeleri gerekir (Başer ve Taşkın 2002).

2.7. Menopozal Dönemlerde Hemşirelik Yaklaşımı

Menopozal dönem fizyolojik olmasına rağmen, yaşamı tehdit edici ve yaşam kalitesini bozucu patolojik olaylarla birlikte seyrettiği için sağlık çalışanları tarafından özel olarak ele alınması gereken bir dönemdir.

Hemşireler menopozal dönemlerdeki kadınlara yardım edebilmeleri için, dönemin özelliklerini, oluşabilecek değişiklikleri ve bu değişiklikler karşısında yapılması gereken sağlık hizmetlerini çok iyi bilmelidirler. Menopozal döneme yönelik yaptıkları danışmanlık ile hemşireler, kadınların menopoz hakkında bilgi sahibi olmalarına, yaşayacakları sorunlarla baş etme yollarını öğrenmelerine ya da en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olabilirler. Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler, kadının menopozal döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır. Hemşireler kadınlara bu döneme özgü bilgiler vererek, sorularını cevaplayarak, iyimser ve kendilerine güvenli tutumlar geliştirmelerine yardımcı olabilirler. Menopozal dönemdeki kadınların, orta yaş ile ilgili beklentileri belirlenerek, kültürel değerleri tanınarak, sosyal destek sistemleri saptanarak kendilerini tanımaları ve sağlıklarında aktif rol almaları sağlanabilir. Böylece kadın sağlığını geliştirici yaşam biçimi davranışlarını benimseyebilirler. Temel sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personellerinin, bu konuda anahtar kişi olması gerekmektedir. Menopozal dönemde kadının sağlık bakımı için hemşirenin genel hedefleri şunlar olmalıdır (Başer ve Taşkın 2002; Şahin 1998; Taşkın 2003; Tortumluoğlu ve Erci 2004).

- 1- Menopozal dönem hakkında kadını ve ailesini bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamaları düzeltmek ve anksiyeteyi gidermek.
- 2- Bu dönemde ilgili sorunlarla kadın ve ailesinin etkili bir şekilde başa çıkabilmesine ve uyum sağlayabilmesine yardımcı olmak, danışmanlık yapmak.
- 3- Cinsel yaşam, beslenme, egzersiz ve sosyal aktivitelerinin planlanmasında kadına ve ailesine sağlık eğitimi vermek ve danışmanlık yapmak.
- 4- Kadının erken tedavi ve imkanlarını bilmesini sağlamak ve buna yönlendirmek.
- 5- Kadının döneme özgü değişiklikleri tanıması ve rapor edebilmesini sağlamak.

6- Kadının sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilmesini sağlamak.

Menopozal dönem, sadece bu dönemdeki kadının değil, ailesinin de sorunudur. Bu dönemde yaşanan fizyolojik değişiklikler kadının ailesiyle olan ilişkisine ve aile düzenine de yansiyacaktır. Menopozda oluşan bazı değişiklikler kadınları öylesine olumsuz etkiler ki kadınların yaşam kalitesinde azalmalar olur. Klimakterik dönem, birçok toplumda kadınların eğitim, danışmanlık ve tedavi almaksızın geçirebilecekleri bir dönem olmaktan çıkmıştır. Kadınların bu dönemi problemsiz geçirmesi için sağlık çalışanlarına ve ailelere önemli roller düşmektedir. Hemşirelik kuramlarının pek çoğuunda yeri olan “Temel İnsan Gereksinimleri” doğrultusunda menopozal kadınların temel gereksinimleri şunlardır (şahin 1998; Taşkın 2003; Tortumluoğu ve Erci 2004).

- 1- Uygun beslenmenin sürdürölmesi,
- 2- Yeterli uyku ve dinlenme,
- 3- Uygun fiziksel aktivite,
- 4- Düzenli seksüel yaşam,
- 5- Vazomotor değişikliklerle başa çıkma,
- 6- Gebelikten korunma,
- 7- Stresle başa çıkma,
- 8- Deri değişiklikleri ile başa çıkma,
- 9- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürölmesi,
- 10- Sosyal destek,
- 11- HRT danışmanlığu.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel (cross-sectional) tipte tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırma menopozal dönemlerdeki kadınların uyku sorunları, sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya’da örneklem grubu özelliklerine uyan kadınlar arasında Aralık 2006 - Haziran 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler Aralık 2006 - Haziran 2007 tarihleri arasında toplanmıştır.

Malatya İl merkezinde faaliyet gösteren 24 sağlık ocağından, sosyoekonomik düzeyine göre gruplanarak rasgele seçilen 3 sağlık ocağı alınmıştır. Bu sağlık ocakları Fırat, Mücelli, Tecde sağlık ocaklarıdır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Malatya Valiliği – İl Sağlık Müdürlüğü’nden resmi izin (Ek 7) alınmıştır.

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Malatya’da yaşayan 45-59 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. Bu yaş grubu seçilirken Türkiye’deki kadınların ortalama menopoza girme yaşı göz önünde bulundurulmuştur. 2006 Eylül ayı nüfusuna göre 45-59 yaş kadın sayısı 31210’dur.

Araştırma aynı evrende fakat farklı iki örneklem grubunda yapılmıştır. Birinci aşamada “Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği- KSIÜÖ (Women’s Health Initiative Insomnia Rating Scale) ” nin Türkçe dil geçerliği ve geçerlik güvenirliğini saptamak amacıyla örneklem hacmi, çalışmada yer alan ölçek madde sayısının en az 7 katı (5 ile 10 katı) büyüklüğü dikkate alınarak hesaplanmıştır. Buna göre 5 sorulu ölçek için toplam 35 kadın örneklem grubuna alınması planlanmıştır. Ancak test-tekrar test aşamasında kayıpların olabileceği düşünülerek toplam 40 kadın alınmıştır. Olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen 40 kadın araştırmanın birinci aşamasının örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın geçerlik ve güvenirlik çalışması toplam 35 kadın üzerinden yapılmıştır (Akgül 1997; Öner 1994; Mishel 1998).

Araştırmanın ikinci aşamasında; örneklem, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için örneklem grubunu oluşturan kadınların dışında (35 kadın) oluşturulmuştur. İkinci aşamada örneklem büyüklüğünü saptamada evreni belli olan örneklem seçimi formülü kullanılmıştır. Yüzde 95 güven aralığı ve $\pm \% 3$ sapma ile örneklem alınacak kişi sayısı 887 olarak hesaplanmıştır. Örneklem alınacak kadın seçiminde basit rasgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Sosyo-ekonomik durum dikkate alınarak Malatya ili iyi, orta, düşük olarak 3 tabakaya ayrılmıştır. Her tabakadan 1 sağlık ocağı rasgele olarak seçilmiştir. Her bir sağlık ocağından örneklem alınacak kadın sayısı orantılı seçim yöntemiyle saptanmıştır. Sağlık ocaklarından örneklem alınacak kadın sayısı; Fırat sağlık ocağında 313, Mücelli sağlık ocağında 523, Tecde sağlık ocağında 51'dir. Sağlık ocaklarından örneklem alınacak kadınları, belirlenen sağlık ocaklarının Ev Halkı Tespit Fişlerinden (ETF) basit rasgele örneklem yöntemiyle seçilen ve ev ziyaretini kabul eden kadınlar oluşturmuştur.

Örneklem kapsamına alınan kadınların özellikleri:

- Çalışmaya katılmaya istekli olma,
- 45-59 yaş arasında olma,

3.2.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın birinci aşamasında; Ölçeğin İngilizce (Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale) orijinal formu araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrildikten sonra bir hemşire öğretim üyesi ve menopoza alanında uzman bir öğretim üyesi tarafından incelenmiştir. Önerilen değişikliklere göre gerekli düzeltmeler yapıp daha sonra dil eşdeğerliğinin ve kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi için kadın sağlığı ve doğum alanında uzman 8 öğretim üyesinin (Ek 6) görüşü alınmış ve gelen öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. KSİÜÖ dil eşdeğerliği yapıldıktan sonra ölçek 35 kadın üzerinde uygulanmıştır. Soruların anlaşılmasında herhangi bir güçlük olmadığı gözlenmiştir. Test-tekrar test uygulamasında aynı gruba ulaşma zorunluluğu olduğu için, doldurulan ölçek formuna isim, adres ve telefon numaraları kaydedilmiştir. Kadınlara, üç hafta sonra ölçek formunun doldurulma gerekçesi anlatılarak KSİÜÖ 3 hafta sonra tekrar uygulanmıştır. Test tekrar-test korelasyon güvenirlik katsayısı (Ek 11) (Pearson korelasyon testi) $r = 0.745$ bulunmuştur. KSİÜÖ'nin iç tutarlılığını ölçmek amacıyla Cronbach Alpha (α) çözümlemesi kullanılmıştır. Örneklem grubunda

Cronbach α değeri 0.855 bulunmuştur (Ek 10) (Aksayan ve Gözüml 2002; Gözüml ve Aksayan 2003; Kocaman ve ark. 2002; Öner 1994; Özgüven 1998). Toplam grupta Cronbach α değeri 0.86 bulunmuştur. İki yarım test yöntemi ile elde edilen alpha değerleri 0.72 ve 0.76 bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Levine ve arkadaşları, test tekrar-test korelasyon güvenirlik katsayısını 21-30 gün sonra $r = 0.73$, iç tutarlılığını ise Cronbach $\alpha = 0.78$ olarak belirlemişlerdir (Levine 2003b).

Araştırmanın ikinci aşamasında; Verilerin toplanmasında, Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale - Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ) (Ek 3), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (Ek 4) , Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 5) ve araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen Katılımcı Bilgi Formu (Ek 2) kullanılmıştır (Başer ve Taşkın 2002; Chung ve Tang 2006; Kantola ve ark. 1998; Kharbouch ve Şahin 2007; Kravitz ve ark. 2003; Levine ve ark. 2003b; Owens ve Matthews 1998; Regestein 2006).

Veriler kadınlar ile evlerinde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Öncelikle kadına araştırmacıyı ve çalışmayı kısaca tanıtan bilgilendirilmiş onay formu okunmuş ve sözlü onayları alınmıştır (Ek 1). Görüşme ortamında mahremiyetin sağlanmasına özen gösterilmiştir.

3.2.3. Katılımcı Bilgi Formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından, menopozal dönemlerdeki kadınların uyku sorunları ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek katılımcı bilgi formu oluşturulmuştur. Form bireyi tanımlayıcı sosyo-demografik değişkenleri belirleyen 5, jino-obstetrik özellikleri belirleyen 3, fiziksel özellik ve genel sağlık-hastalık özelliklerini belirleyen 9 ve uyku ve yaşam kalitesini etkilediği bilinen faktörlerden oluşan 11 soru olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır (Başer ve Taşkın 2002; Chung ve Tang 2006; Kantola ve ark. 1998; Kharbouch ve Şahin 2007; Kravitz ve ark. 2003; Owens ve Matthews 1998; Regestein 2006).

3.2.4. Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği-KSİÜÖ (Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale) (Ek 3)

Levine ve ark. tarafından 2003 yılında, uykusuzluk semptomlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 5 sorudan oluşan likert tipte bir ölçektir. Ölçekteki ilk 4 soru uykusuzluğun başlayışı, uykuyu sürdürememe ve sabahları erken uyanma durumunu belirlemektedir. Son soru ise uyku kalitesiyle ilişkilidir. Her bir soruya verilen yanıt son 4 haftada ve her haftadaki sıklık düşünülerek bireyin deneyimlerine göre cevaplanmaktadır. KSİÜÖ'de her bir madde 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup verilen yanıtla göre değerlendirme yapılmaktadır. KSİÜÖ'de ilk 4 soruda 0 puan uykusuzlukla ilişkili hiç sorun yaşanmadığını göstermektedir 4 puan ise uykusuzlukla ilişkili haftada 5 kez ya da daha fazla sorun yaşadığını göstermektedir. İlk 4 soruda "Hayır son 4 hafta için değil " yanıtına 0 puan, "Evet en az bir iki haftada 1 kez" yanıtına 1 puan, "Evet haftada 1 ya da 2 kez " yanıtına 2 puan, "Evet haftada 3 ya da 4 kez" yanıtına 3 puan, "Evet haftada 5 ya da daha fazla" yanıtına da 4 puan verilmektedir. Son soruda (5. soru) "çok deliksiz ya da dinlendirici" yanıtına 0 puan, "Deliksiz ya da dinlendirici" yanıtına 1 puan, "Orta kalitede" yanıtına 2 puan, "Rahatsız" yanıtına 3 puan, "Çok Rahatsız" yanıtına da 4 puan verilmektedir. Daha yüksek sayının daha büyük uykusuzluğu gösterebilmesi için soru 5 tersine kodlanmıştır. Ölçekten alınan en yüksek puan uykusuzluk belirtilerinin en büyük derecesini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 20'dir. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazarından izin alınmıştır (Ek 8) (Levine ve ark. 2003a; Levine ve ark. 2003b; Levine ve ark. 2005).

3.2.5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (Ek 4)

Ölçek John R. Hilditch, Jacqueline Lewis ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş ve 2005 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından Türk toplumuna uyarlanıp, geçerlilik ve güvenirliği saptanmıştır. Kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopozda sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak amacıyla geliştirilmiş, 29 soru içeren likert ölçek tiptedir. Ölçek, vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alandan oluşur. Vazomotor alan (1-3. sorular) sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığını ve şiddetini değerlendirir. Psikososyal alan (4-10. sorular) sinirlilik, hafıza, üzgün ve neşesiz hissetme gibi sorularla bireysel psikolojik iyilik algısını ölçer. Fiziksel alan (11-26. sorular), şişkinlik,

gaz ağrısı, uyku sorunları, enerjide azalma, kilo alma, cilt değişiklikleri ve üriner sorunlar gibi genel semptomları değerlendirir. Cinsel alan ise (27-29. sorular), cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtileri araştırır. MÖYKÖ’de her bir alt alan puanı 1’den 8’e doğru sıralanmıştır. 1 puan o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını gösterir. 2 puan o konunun var olduğunu, yaşandığını ancak hiç rahatsız edici olmadığını işaret eder. 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini gösterir (Kharbouch ve Şahin 2005). Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için Kharbouch ve Şahin’den kullanım izni alınmıştır (Ek 9).

Kharbouch ve Şahin iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısını vazomotor alan için 0.82, psikososyal alan için 0.81, fiziksel alan için 0.87 ve cinsel alan için 0.89 olarak bulmuşlardır.

Araştırmada MÖYKÖ’nin iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısı vazomotor alan için 0.83, psikososyal alan için 0.85, fiziksel alan için 0.86 ve cinsel alan için 0.84 olarak bulunmuştur. Bu değer indeksin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.2.6. Beck Depresyon Ölçeği (Ek 5)

Depresyon düzeyi ve belirtilerini belirlemek amacıyla 21 belirti kategorisinden oluşan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Özgün biçimi 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. BDÖ hastalığın etyolojisini değil, bilişsel içerik daha belirgin olmak üzere depresyonun duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarına ilişkin bulguları derecelendirerek depresif belirti ve tutumlar hakkında bilgi vermektedir. BDÖ formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dâhil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere. BDÖ’nin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tegin ve Hisli tarafından yapılmıştır. Tegin 40 üniversite öğrencisi ve 30 depresif hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinin Türk diline uygunluğunu ve her iki grup için ölçeğin güvenilirliğini belirlemiştir. Güvenirlik katsayısı test tekrar test yöntemiyle öğrenciler için .65 bulunmuştur. İki-yarım yöntemiyle güvenilirlik katsayısı, öğrenciler

için .78, depresif hastalar için ise .61 olduğunu saptamıştır. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (Birsen 2001; Ceyhun 2001; Hisli 1988).

Bu araştırmada da depresyon ölçeğinin güvenirlik analizi yapılmıştır. Depresyon ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.87 bulunmuştur. Bu değer BDE'nin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.2.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social science for Windows, Version 10.0) paket programı kullanılmıştır. Ölçülebilir verilerimiz ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS) ile birlikte verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş, normal dağılıma uyan, iki gruplu verilerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t), ikiden fazla gruplardaki ortalamaların karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA) ve varyans analizi sonucu anlamlı bulunan grupların ikili karşılaştırılmalarında post-hoc Tukey testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan ve parametrik varsayımları sağlamayan 3 ve üzerindeki gruplarda Kruskal-Wallis varyans analizi, ikili gruplarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

KSİÜÖ Puan ortalamaları ile MÖYKÖ alt grupların puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon testi yapılmıştır. Uykusuzluk gelişmesinde risk faktörü olabileceği düşünülen değişkenlerle “Backward Stepwise” lojistik regresyon analizi yapılmıştır. KSİÜÖ puanı kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılabilmesi için KSİÜÖ'nin puan ortalaması, standart sapması, medianı ve uykusuzluk problemi olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları dikkate alınarak kesme puanı oluşturulmuştur. Yapılan bu istatistiksel analizler sonucunda KSİÜÖ kesme puanı 10 puan ve üzeri kabul edilmiştir.

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği Cronbach Alpha, madde toplam puan korelasyonları ve iki yarım test yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nin geçerliliği Cronbach Alpha yöntemi ile değerlendirilmiştir (Akgül 1997; Aksayan ve Gözüm 2002; Büyüköztürk 2007).

4. BULGULAR

Menopozal dönemlerdeki kadınların uyku sorunları, sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan çalışma da elde edilen sonuçlar ve istatistiksel analizler tablolar halinde sunulmuş olup bulgular 5 bölüm halinde ele alınmıştır.

4.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Kadınların uyku alışkanlıkları ve uykusuzluğa ilişkin bulgular

4.3. Kadınların KSIÜÖ puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına, jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine, genel sağlık durumu ve sağlık davranışlarına göre dağılımına ilişkin bulgular

4.4. Kadınların MÖYKÖ puan ortalamaları ve bunların sosyo-demografik özelliklere ve uyku alışkanlıklarına göre dağılımına ilişkin bulgular

4.5. Kadınların uykusuzluk problemi ile ilişkili risk faktörlerinin ileri analizine ilişkin bulgular.

Araştırmanın evrenini Malatya’da yaşayan 45-59 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. Toplum - temelli örneklem grubunu 887 kadın temsil etmektedir.

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik özellikleri, jinekolojik ve obstetrik değişkenleri, geçirilen jinekolojik ameliyat türü ve süresi, hormon tedavisi alma şekli ve süresi, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu, BDÖ puan ortalaması dağılımı, kadınların boy, kilo ve BKİ’nin dağılımı, kadınların egzersiz yapma, sigara kullanma, kahve ve çay içme durumlarının dağılımı, sigara kullanma ve egzersiz yapma sıklığı sunulmuştur.

Tablo 4.1.1: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
45-49	413	46.3
50-54	278	31.3
55-59	196	22.1
Meslek		
Ev Hanımı / Çalışmıyor	777	87.6
Çalışıyor	110	12.4
Medeni Durum		
Evli	732	82.5
*Diğer	155	17.5
Öğrenim Durumu		
Öğrenim Görmeyen	230	25.9
Okur Yazar-İlkokul	375	42.2
Ortaokul-Lise	243	27.5
Üniversite	39	4.4
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	478	53.9
Geliri giderini karşılayan	373	42.1
Geliri giderinden fazla	36	4.0
Toplam	887	100

* Dul/Boşanmış/Bekar

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı tablo 4.1.1.'de görülmektedir.

Kadınların yaş ortalamalarının 50.55 ± 4.13 yıl olduğu, % 87.6'sının ev hanımı olduğu ve % 82.5'inin evli olduğu saptanmıştır. Kadınların % 42.2'si okur yazar-ilkokul mezunu olup, % 53.9'unun kendi ifadelerine göre gelirinin giderinden az olduğu görülmektedir. Kadınların aylık gelir ortalaması 709 ± 428.49 'dir.

Tablo 4.1.2: Kadınların jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine göre dağılımı

	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$
Jinekolojik Ameliyat			
Geçirmeyen	789	89.0	
Geçiren	98	11.0	
Menopozal Dönem			
Premenopoz	218	24.6	48.16±4.55
Perimenopoz	176	19.8	
Postmenopoz	493	55.6	
Postmenopozal Dönem (N=493)			
<5 yıl	298	60.4	4.50±4.06
≥5 yıl	195	39.6	
Menopoza Giriş Yaşı			48.16±4.55
Hormon Tedavisi			
Almayan	796	89.7	
Alan	91	10.3	
Gebelik Sayısı			5.13±2.60
Doğum Sayısı			4.04±2.04
Düşük Sayısı			1.72±1.26
Kürtaj Sayısı			1.67±0.99
Toplam	887	100	

Tablo 4.1.2’de kadınların jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Kadınların % 11’i jinekolojik ameliyat geçirmiştir. Menopoz yaşı 48.16 ± 4.55 olup, % 55.6’sı postmenopozal dönemdedir. Kadınların menopoz yılı ortalaması 4.50 ± 4.06 ’dır. Kadınların % 60.4’ü 5 yıldan daha az süredir postmenopozal dönem içerisindeydir. Aynı zamanda kadınların % 10.3’ü hormon tedavisi almaktadır.

Kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasının 5.13 ± 2.60 , doğum sayısı ortalamasının 4.04 ± 2.04 , düşük sayısı ortalamasının 1.72 ± 1.26 ve kürtaj sayısı ortalamasının ise 1.67 ± 0.99 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1.3: Kadınların geçirilen jinekolojik ameliyat türüne ve ameliyat geçirilen süreye göre dağılımı

Geçirilen Jinekolojik Ameliyat	Sayı	%
Histerektomi (TAH-BSO)	63	64.3
Myomektomi	16	16.3
Diğer	19	19.4
Jinekolojik Ameliyat Geçirilen Süre		
≤3 yıl	37	37.8
>3 yıl	61	62.2
Toplam	98	100

Tablo 4.1.3’de kadınların geçirilen jinekolojik ameliyat türüne ve ameliyat geçirilen süreye göre dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların çoğunluğu (% 64.3) histerektomi ameliyatı geçirmiş, % 62.2’si ise 3 yıl ve daha fazla süredir ameliyat olmuştur.

Tablo 4.1.4: Kadınların hormon tedavisi alma şekli ve hormon tedavisi alma süresine göre dağılımı

Hormon Tedavisi Alma Şekli	Sayı	%
Oral	82	90.1
Transdermal	9	9.9
Hormon Tedavisi Alma Süresi		
≤3 yıl	79	86.8
>3 yıl	12	13.2
Toplam	91	100

Kadınların hormon tedavisi alma şekli ve hormon tedavisi alma süresine göre dağılımı Tablo 4.1.4’de sunulmuştur. Kadınların % 90.1’i oral hormon tedavisi görmektedir. Kadınların % 86.8’i 3 yıldan daha az süredir tedavi görmektedir.

Tablo 4.1.5: Kadınların kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı

	Sayı	%
Fiziksel Hastalık		
Var	402	45.3
Yok	485	54.7
Psikiyatrik		
Var	109	12.3
Yok	778	87.7
Kardio-Vasküler		
Var	261	29.4
Yok	626	70.6
Diabet		
Var	105	11.8
Yok	782	88.2
Kas İskelet		
Var	25	2.8
Yok	862	97.2
Boşaltım		
Var	11	1.2
Yok	876	98.8
Diğer		
Var	95	10.8
Yok	792	89.2
İlaç Kullanma		
Kullanan	400	45.1
Kullanmayan	487	54.9
Toplam	887	100

Kadınların kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.1.5’de gösterilmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların fiziksel hastalık durumu incelendiğinde kadınların % 45.3’ünün fiziksel hastalığı var iken, % 54.7’sinin fiziksel hastalığının olmadığı görülmektedir. Kadınların % 29.4’ünün kardio-vasküler (Kalp hastalığı ve hipertansiyon vb.) % 12.3’ünün psikiyatrik (depresyon vb.) ve % 11.8’inin ise diabet hastalığı vardır. Kadınların % 10.8’i de diğer (troid, romatizmal hastalık vb.) hastalık gruplarından en az birine sahiptir. Kadınların % 45.1’i günlük ilaç kullanmaktadır.

Tabloda yer almayan fakat çalışma sonucumuzda saptanan bir diğer bulguda kadınların kullandıkları ilaçların % 49’unun kardiyolojik, % 21’inin diabetik, % 6.4’ünün ise depresyon ilacı olduğudur. Kadınların % 23.6’sı ise diğer ilaç gruplarından herhangi birini kullanmaktadır.

Tablo 4.1.6: Kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının dağılımı

Beck Depresyon Ölçeği	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$
≥ 17	398	44.9	16.33 ± 9.44
< 17	489	55.1	
Toplam	887	100	

Kadınların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamasının dağılımı tablo 4.1.6'da gösterilmektedir.

Kadınların BDÖ puan ortalaması 16.33 ± 9.44 'dir. Kadınların %44.9'unda depresyon bulunmakta, %55.1'inde ise depresyon bulunmamaktadır.

Tablo 4.1.7: Kadınların boy, kilo ve BKİ'nin dağılımı

	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$
BKİ(Kg/m²)			27.74 ± 4.55
<25	405	71.8	
≥ 25	159	28.2	
Boy (m)	-	-	1.61 ± 6.15
Kilo	-	-	72.45 ± 11.70
Toplam	554	100	

Kadınların boy, kilo ve BKİ'nin dağılımı Tablo 4.1.7'de gösterilmektedir.

Kadınların boy ortalaması 1.61 ± 6.15 , kilo ortalaması 72.45 ± 11.70 , BKİ ortalaması 27.74 ± 4.55 olarak bulunmuştur. Kadınların % 28.2'sinin BKİ 25 veya üzerinde bulunmuştur.

Tablo 4.1.8: Kadınların egzersiz yapma, sigara kullanma, kahve ve çay içme durumlarının dağılımı

	Sayı	%
Egzersiz Yapma		
Yapmayan	653	73.6
Yapan	234	26.4
Sigara Kullanma		
Kullanmayan	685	77.2
Kullanan	202	22.8
Kahve İçme/ fincan		
Hiç kullanmayan	607	68.4
Günde 1 ya da daha az	123	13.9
Günde 1'den fazla	157	17.7
Çay İçme/ bardak		
Hiç kullanmayan	38	4.3
Günde 1 ya da daha az	27	3.0
Günde 1'den fazla	822	92.7
Toplam	887	100

Tablo 4.1.8'de kadınların egzersiz yapma, sigara kullanma, kahve ve çay içme durumlarının dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların % 26.4'ünün egzersiz yaptığı, %22.8'inin sigara içtiği görülmektedir. Kadınların günlük kahve içme ortalaması (fincan) 0.63 ± 1.16 iken kahve hiç içmeyen kadın oranı % 68.4'dir. Kadınların günlük çay içme ortalaması (bardak) 6.18 ± 4.14 'dür, % 92.7'si günde 1 bardaktan fazla çay içmektedir.

Tablo 4.1.9: Kadınların sigara kullanma miktarına göre dağılımı

Sigara Miktarı	Sayı	%
1-10 adet/günde	122	60.4
11-20 adet/günde	61	30.2
>20 / günde	19	9.4
Toplam	202	100

Kadınların sigara kullanma miktarına göre dağılımı Tablo 4.1.9'da gösterilmektedir.

Kadınların % 60.4'ünün günde 1-10 adet arasında sigara içtiği, % 9.4'ünün ise 20 adedin üzerinde sigara içtiği bulunmuştur.

Tablo 4.1.10: Kadınların egzersiz yapma sıklığının dağılımı

Egzersiz Yapma Sıklığı	Sayı	%
Haftada 3'ten fazla	162	69.2
Haftada 3 ve daha az	72	30.8
Toplam	234	100

Kadınların egzersiz yapma sıklığının dağılımı Tablo 4.1.10'da gösterilmektedir. Egzersiz yapan kadınların % 69.2'sinin haftada 3'ten fazla egzersiz yaptığı belirlenmiştir.

4.2. Kadınların Uyku Alışkanlıkları ve Uykusuzluğa İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların uyku alışkanlıkları, uyku alışkanlıklarındaki değişiklikler, uykusuzluğu olan kadınların uykusuzluk nedenleri, uykusuzluk için önlem alma durumu ve alınan önlemler, horlama sıklığı ve gün içerisinde uykusuzluk yaşama sıklığına ilişkin verilere yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1: Kadınların bazı uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku Alışkanlığı	Sayı	%
Uyku Süresi/günde		
≤ 5 saat	170	19.2
6-7 saat	322	36.3
8-9 saat	250	28.2
≥10 saat	145	16.3
Geçmişteki Uyku İle Şimdiki Uyku Arasındaki Fark		
Olan	549	61.9
Olmayan	338	38.1
Uykusuzluk Problemi		
Olan	479	54.0
Olmayan	408	46.0
Horlama Alışkanlığı		
Olan	355	40.0
Olmayan	532	60.0
Gün İçerisinde Uykusuzluk Çekme		
Olan	459	51.7
Olmayan	428	48.3
Toplam	887	100

Tablo 4.2.1’de kadınların bazı uyku alışkanlıklarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların günlük uyku süresi ortalaması 7.23 ± 2.05 olup, % 36.3’ü günde 6-7 saat uyumaktadır. Kadınların % 61.9’u geçmişteki uyku alışkanlıklarıyla şimdiki uyku alışkanlıkları arasında fark olduğunu belirtmiştir. Buna paralel olarak kadınların % 51.7’si gün içerisinde kendini uykusuz hissetmektedir. Kadınların % 54 ile çoğunluğunun uykusuzluk probleminin olduğu, %40’ında kendi ifadesine göre horlama alışkanlığının olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.2: Kadınların uyku alışkanlıklarındaki değişikliğe göre dağılımı

Uyku Alışkanlığındaki Değişiklik	Sayı	%
Geçmişte Fazla-Şimdi Az	468	85.2
Geçmişte Az-Şimdi Fazla	81	14.8
Toplam	549	100

Tablo 4.2.2’de kadınların uyku alışkanlıklarındaki değişikliğe göre dağılımı gösterilmektedir. Kadınların % 85.2’si geçmişe göre şimdi daha az uyduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.2.3: Uykusuzluğu olan kadınların uykusuzluk nedenlerine göre dağılımı

*Uykusuzluk Nedeni	Sayı	%
Stres	254	33.0
Ateş Basması-Gece Terlemesi	247	32.2
Psikolojik Problemler	97	12.6
Bilmiyorum	76	9.9
Kullandığı İlaçlar	41	5.4
Evde Yalnız Kalmak	29	3.8
Diğer	24	3.1
Toplam	768	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Uykusuzluğu olan kadınların uykusuzluk nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.2.3’de gösterilmektedir. Kadınların uykusuzluk problemine ilişkin bildirdikleri en önemli iki neden % 33 ile stres, % 32.2 ile ateş basması ve gece terlemesidir.

Tablo 4.2.4: Kadınların uykusuzluk için önlem alma durumlarına göre dağılımı

Uykusuzluk İçin Önlem Alma Durumu	Sayı	%
Alan	196	40.9
Almayan	283	59.1
Toplam	479	100

Kadınların uykusuzluk için önlem alma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2.4’de gösterilmektedir.

Kadınların % 40.9’u uykusuzluk problemleri için önlem almaktadır.

Tablo 4.2.5: Kadınların uykusuzluk için alınan önlemlere göre dağılımı

Uykusuzluk İçin Alınan Önlemler	Sayı	%
Süt içme ve Yoğurt Yeme	60	30.6
Banyo Yapma	50	25.5
İlaç Alma	50	25.5
Birden fazla önlem alanlar	36	18.4
Toplam	196	100

Tablo 4.2.5’de kadınların uykusuzluk için alınan önlemlere göre dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların uykusuzluk problemi için aldıkları önlemler sırasıyla % 30.6 ile süt içme ve yoğurt yeme, %25.5’ile banyo yapma ve ilaç almadır.

Tablo 4.2.6: Kadınların ifade ettikleri horlama sıklığına göre dağılımı

Horlama Sıklığı	Sayı	%
Haftada 3’ten fazla	207	58.3
Haftada 3 kez ve daha az	148	41.7
Toplam	355	100

Kadınların ifade ettikleri horlama sıklığına göre dağılımı Tablo 4.2.6’da gösterilmektedir. Kadınların % 58.3 ile yarıdan fazlası haftada 3’ten daha fazla sıklıkta horlamaktadır.

Tablo 4.2.7: Kadınların gün içerisinde uykusuzluk yaşama sıklığına göre dağılımı

Gün İçerisinde Uykusuzluk Yaşama Sıklığı	Sayı	%
Haftada 1 ya da daha az	28	6.1
Haftada 1-2 kez	125	27.2
Haftada 3-4 kez	162	35.3
Haftada 5 ya da daha fazla	144	31.4
Toplam	459	100

Kadınların gün içerisinde uykusuzluk yaşama sıklığına göre dağılımı Tablo 4.2.7’de gösterilmektedir.

Kadınların % 35.3’ü gün içerisinde 3-4 kez kendini uykusuz hissetmektedir.

4.3. Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının, Sosyo-Demografik Özelliklerine, Uyku Alışkanlıklarına, Jinekolojik ve Obstetrik Değişkenlerine, Genel Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına ve MÖYKÖ Alt Grup Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının dağılımı, KSİÜÖ puan ortalamalarının kadınların sosyo-demografik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına, jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine, genel sağlık durumu ve sağlık davranışlarına ve MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarına göre çapraz tablo bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.3.1: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİÜÖ) puan ortalamasının dağılımı

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$
Var (≥ 10)	552	62.2	9.18 ± 5.37
Yok (< 10)	335	37.8	
Toplam	887	100	

Kadınların kadın sağlığı inisiyatifi uykusuzluk ölçeği puan ortalamasının dağılımı tablo 4.3.1’de gösterilmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların kadın sağlığı inisiyatifi uykusuzluk ölçeği puan ortalaması 9.18 ± 5.37 ’dir. KSİÜÖ kesme puanı 10 puan ve üzeri kabul edilmiştir. Bu kesme puanına göre kadınların % 62.2’sinde uykusuzluk probleminin olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.2: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİÜÖ) puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri
Yaş		
45-49	8.48 ± 5.12	p=0.001
50-54	10.11 ± 5.33	F=7.842
55-59	9.33 ± 5.37	
Meslek		
Ev Hanımı / Çalışmıyor	9.15 ± 5.34	p=0.591
Çalışıyor	9.44 ± 5.63	t=-0.538
Medeni Durum		
Evli	9.29 ± 5.40	p=0.142
*Diğer	8.60 ± 4.18	t=1.471
Öğrenim Durumu		
Öğrenim Görmeyen	10.06 ± 5.62	
Okur Yazar-İlkokul	8.97 ± 5.23	p=0.003
Ortaokul-Lise	9.04 ± 5.33	F=4.580
Üniversite	6.97 ± 4.78	
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	9.52 ± 5.23	p=0.085
Geliri giderini karşılayan	8.85 ± 5.50	F=2.470
Geliri giderinden fazla	8.05 ± 5.78	

* Dul/Boşanmış/Bekar

t: Student t testi

F: Oneway anova test

Tablo 4.3.2’de kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelenmiştir. 45-49 yaş grubu kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 8.48 ± 5.12 ile en düşük, 50-54 yaş grubunun 10.11 ± 5.33 ile en yüksek puanı aldıkları görülmektedir. Yaş grupları ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$). Farklılığın 45-49 ve 50-54 yaş grupları arasında olduğu tespit edilmiştir.

Öğrenim görmeyen kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.06 ± 5.62 , okur yazar-ilkokul mezunlarının 8.97 ± 5.23 , ortaokul-lise mezunlarının 9.04 ± 5.33 , üniversite mezunlarının ise 6.97 ± 4.78 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p < 0.01$). Yapılan ileri analizde farklılığın öğrenimi olmayan kadınlar ile üniversite mezunu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasında olduğu bulunmuştur. Kadınların mesleği, medeni durumu ve gelir durumu ile KSİÜÖ'nin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.3: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği puan ortalamalarının uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku Alışkanlığı	Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri
Uyku Süresi/ günde		
≤ 5	13.20 ± 4.99	$p=0.001$
6-7	9.77 ± 5.26	$F=68.159$
8-9	7.24 ± 4.59	
≥ 10	6.53 ± 4.12	
Uykusuzluk Problemi		
Olan	12.23 ± 4.73	$p=0.001$
Olmayan	5.60 ± 3.58	$t= 23.171$
Uykusuzluk İçin Önlem Alma Durumu		
Alan	12.87 ± 4.70	$p=0.014$
Almayan	11.97 ± 4.72	$t= 2.479$
Horlama Alışkanlığı		
Olan	9.30 ± 5.43	$p=0.579$
Olmayan	9.10 ± 5.34	$t= 0.555$
Horlama Sıklığı		
Haftada 3'ten fazla	9.17 ± 5.40	$p=0.578$
Haftada 3 kez ve daha az	9.50 ± 5.49	$t= -0.557$
Gün İçerisinde Uykusuz Olma		
Olan	11.62 ± 4.94	$p=0.001$
Olmayan	6.56 ± 4.53	$t= 15.862$
Gün İçerisinde Uykusuzluk Sıklığı		
Haftada 1 ya da daha az	8.57 ± 2.31	
Haftada 1-2 kez	8.89 ± 4.34	$p=0.001$
Haftada 3-4 kez	11.48 ± 4.54	$F=45.116$
Haftada 5 ya da daha fazla	14.71 ± 4.44	

t: Student t testi F: Oneway anova test

Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.3.3’de gösterilmektedir.

Günlük uyku süresi 5 saat ve altında olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 13.20 ± 4.99 , günlük 10 saat ve üzerinde uyku uyuyan kadınların puan ortalaması 6.53 ± 4.12 ’dir. Günlük uyku süresi arttıkça KSİÜÖ puan ortalamasının azaldığı görülmüştür. Yapılan ileri analizde günlük 5 saat ve altında uyku uyuyan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile 6-7 saat uyku uyuyan, 8-9 saat uyku uyuyan ve 10 saat ve üzerinde uyku uyuyan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması arasında; günlük 6-7 saat uyku uyuyan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile 8-9 saat uyku uyuyan ve 10 saat ve üzerinde uyku uyuyan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması arasında; günlük 8-9 saat uyku uyuyan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile 10 saat ve üzerinde uyku uyuyan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$). Günlük 8-9 saat uyku uyuyan kadınlar ile 10 saat ve üzerinde uyku uyuyan kadınların arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p < 0.05$).

Uykusuzluk problemi olanların KSİÜÖ puan ortalaması 12.23 ± 4.73 , olmayanların 5.60 ± 3.58 ’dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Uykusuzluk problemi için önlem alan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması (12.87 ± 4.70), önlem almayanlara göre (11.97 ± 4.72) daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$). KSİÜÖ puanının yüksek olması uykusuzluğun şiddetini göstermektedir bu nedenle uykusuzluk problemi olan ve uykusuzluk problemi için önlem alan kadınların KSİÜÖ puanının yüksek çıkması yakınmalarının daha fazla olduğu anlamındadır.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları ile horlama alışkanlığı ve horlama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gün içerisinde uykusuz olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 11.62 ± 4.94 , uykusuz olmayanların 6.56 ± 4.53 ’dir. Benzer şekilde gün içerisinde uykusuzluk sıklığı arttıkça KSİÜÖ puan ortalaması da anlamlı şekilde artmaktadır. Aradaki ilişki her iki grup içinde ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$). Bu bulgu gün içerisinde uykusuzluk yaşama ve uykusuzluk yaşama sıklığı olanların daha fazla uykusuzluk yaşınmasının olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.3.4: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği puan ortalamalarının jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine göre dağılımı

	Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri
Menopozal Dönem		
Premenopoz	7.34 $\pm$ 4.69	
Perimenopoz	9.79 $\pm$ 5.37	p=0.001
Postmenopoz	9.78 $\pm$ 5.48	F= 17.513
Postmenopozal Dönem		
<5 yıl	10.07 $\pm$ 5.19	p=1.447
$\geq$ 5 yıl	9.33 $\pm$ 5.91	t= 0.148
Jinekolojik Ameliyat		
Geçirmeyen	9.01 $\pm$ 5.32	p=0.012
Geçiren	10.38 $\pm$ 5.64	t= 2.527
Hormon Tedavisi		
Almayan	9.02 $\pm$ 5.29	p=0.008
Alan	10.59 $\pm$ 5.93	t= 2.642
Hormon Tedavisi Alma Şekli		
Oral	10.62 $\pm$ 5.87	p=0.936
Transdermal	10.33 $\pm$ 6.80	U=363.00
Hormon Tedavisi Alma Süresi		
$\leq$ 3 yıl	10.91 $\pm$ 5.94	p=0.188
>3 yıl	8.50 $\pm$ 5.64	U= 362.00

t: Student t testi

F: Oneway anova test

U: Mann Whitney U test

Tablo 4.3.4’de kadınların kadın sağlığı inisiyatifi uykusuzluk ölçeği puan ortalamalarının jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların menopozal dönemlere göre KSİÜÖ puan ortalaması dağılımını incelediğimizde; Premenopozal dönemdeki kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 7.34 $\pm$ 4.69, Perimenopozal dönemdeki kadınların 9.79 $\pm$ 5.37, postmenopozal dönemdeki kadınların ise 9.78 $\pm$ 5.48 bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ve farklılığın premenopoz ile perimenopozal dönem arasında, ayrıca premenopoz ile postmenopoz dönem kadınlar arasında olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bu sonuç premenopozal dönemdeki kadınların uykusuzluk yakınmasının, perimenopoz ve postmenopoza göre daha az olduğunu göstermektedir.

5 yıldan daha az süredir postmenopozal dönemde olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.07 ± 5.19 , 5 yıl ve üzerinde postmenopozal dönemde olan kadınların 9.33 ± 5.91 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Jinekolojik ameliyat geçiren kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.38 ± 5.64 , geçirmeyenlerin 9.01 ± 5.32 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Jinekolojik ameliyat geçiren kadınların, geçirmeyenlere göre daha fazla uykusuzluk yaşadığı görülmektedir.

Hormon tedavisi alan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.59 ± 5.93 , tedavi almayanların ise 9.02 ± 5.29 'dir. Hormon tedavisi alan ve almayan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hormon tedavisi alan kadınların KSİÜÖ puanının yüksek çıkması, uykusuzluk yakınmasının hormon tedavisi almayan kadınlara göre daha fazla olduğu anlamındadır. Oral hormon tedavisi gören kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile transdermal tedavi alanların puan ortalaması arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Hormon tedavisini 3 yıl ve daha az kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.91 ± 5.94 , 3 yıldan daha fazla tedavi görenlerin puan ortalaması 8.50 ± 5.64 'dir. Aradaki farkın fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0.05$). Hormon alınan süre ortalaması 20.49 ± 40.32 aydır.

Tablo 4.3.5: Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği puan ortalamalarının genel sağlık durumu ve sağlık davranışlarına göre dağılımı

	Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	Test değeri
BKİ(Kg/m²)		
<25	9.40 ± 5.48	p=0.054
≥25	8.44 ± 5.03	t= 1.933
Beck Depresyon Ölçeği		
≥17	11.52 ± 5.14	p=0.001
<17	7.28 ± 4.78	t= 12.706
Kronik Hastalık		
Var	10.17 ± 5.57	p=0.001
Yok	8.36 ± 5.07	t= 5.043
Psikiyatrik Hastalık		
Var	10.98 ± 5.67	p=0.001
Yok	8.93 ± 5.29	t= 3.746
İlaç Kullanma		
Kullanan	10.28 ± 5.65	p=0.001
Kullanmayan	8.28 ± 4.97	t= 5.616
Egzersiz Yapma		
Yapmayan	8.67 ± 5.08	p=0.092
Yapan	9.36 ± 5.47	t= -1.684
Egzersiz Sıklığı		
Haftada 3'ten fazla	8.74 ± 5.27	p=0.949
Haftada 3 ve daha az	8.69 ± 4.72	t= 0.064
Sigara Kullanma		
Kullanmayan	9.17 ± 5.24	p=0.903
Kullanan	9.22 ± 5.81	t= 0.122
Sigara Miktarı		
1-10 adet/günde	8.54 ± 5.61	p=0.136
11-20 adet/günde	10.08 ± 6.28	KW= 3.993
>20 / günde	10.84 ± 5.13	
Kahve İçme/ fincan		
Hiç kullanmayan	5.32 ± 0.21	p=0.977
Günde 1 ya da daha az	5.66 ± 0.51	F= 0.024
Günde 1'den fazla	5.40 ± 0.43	
Çay İçme/ bardak		
Hiç kullanmayan	9.13 ± 4.83	p=0.955
Günde1 ya da daha az	8.88 ± 7.39	F= 0.046
Günde 1'den fazla	9.19 ± 5.33	

t: Student t testi

F: Oneway anova test

KW: Kruskal-Wallis varyans analizi

Kadınların kadın sağlığı inisiyatifi uykusuzluk ölçeği puan ortalamalarının genel sağlık durum ve sağlık davranışlarına göre dağılımı (Tablo 4.3.5) incelendiğinde;

Kadınların BKİ, egzersiz yapma, egzersiz sıklığı, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, kahve ve çay içme miktarı ile KSİÜÖ puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Depresyonu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 11.52 ± 5.14 , depresyonu olmayanların 7.28 ± 4.78 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kronik hastalığı olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.17 ± 5.57 , kronik hastalığı olmayan kadınların puan ortalaması 8.36 ± 5.07 'dir. Kronik hastalığı olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Psikiyatrik hastalığı olan ve ilaç kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının psikiyatrik hastalığı olmayanlara ve ilaç kullanmayanlara oranla daha yüksek olduğu ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.3.5'deki bulgularımıza göre depresyonu, kronik hastalığı, psikiyatrik hastalığı olan ve ilaç kullanan kadınların KSİÜÖ puanının yüksek çıkması kadınların daha fazla uykusuzluk yakınmalarının olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.3.6: Kadınların KSİÜÖ'den aldıkları puanlarla ve MÖYKÖ alt grup puanlarının ilişkisi

MÖYKÖ/ KSİÜÖ (n=887)	r *	p
Vazomotor/KSİÜÖ	0.412	0.001
Psikososyal/KSİÜÖ	0.486	0.001
Fiziksel/KSİÜÖ	0.502	0.001
Cinsel/KSİÜÖ	0.176	0.001

*Pearson önemlilik testi korelasyon katsayısı

Tablo 4.3.6'da Kadınların KSİÜÖ'den aldıkları puanlarla ve MÖYKÖ alt grup puanlarının ilişkisi gösterilmektedir.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile vazomotor alan puan ortalaması ($r = 0.412$), psikososyal alan puan ortalaması ($r = 0.486$) zayıf, fiziksel alan puan ortalaması ($r = 0.502$) arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Kadınların KSIÜÖ puan ortalaması ile cinsel alan puan ortalaması ($r = 0.176$) arasında çok zayıf düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

4.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik Özelliklere ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların MÖYKÖ puan ortalamalarının dağılımı, MÖYKÖ puan ortalamalarının BDÖ puan ortalamasına, sosyo-demografik verilere ve kadınların uyku alışkanlıklarına göre dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 4.4.1: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	$\bar{X} \pm SS$
Vazomotor	4.19±1.96
Psikososyal	3.74±1.62
Fiziksel	4.16±1.23
*Cinsel	3.87±2.09

*Evli kadınlar cevaplamıştır.

Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.4.1’de gösterilmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların MÖYKÖ’nün alt alanlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alan puan ortalamaları 4.19±1.96 iken, psikososyal alan puan ortalamaları 3.74±1.62, fiziksel alan puan ortalamaları 4.16±1.23, cinsel alan puan ortalamaları 3.87±2.09’dır.

Tablo 4.4.2: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarına göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamasının dağılımı.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	*Cinsel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
≥ 17	4.67±1.89	4.69±1.45	4.69±1.09	4.35±2.16
< 17	3.80±1.93	2.98±1.32	3.73±1.17	3.48±1.95
Test değeri	t= 6.668 p=0.001	t= 18.304 p=0.001	t= 12.442 p=0.001	t=6.006 p=0.001

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

t: Student t testi

Tablo 4.4.2’de kadınların BDÖ’ne göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Depresyonu olan kadınların vazomotor alan puan ortalaması ($4,67 \pm 1,89$), olmayan kadınlara göre ($3,80 \pm 1,93$) yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde depresyonu olan kadınların psikososyal alan puan ortalaması ($4,69 \pm 1,45$), depresyonu olmayanlara göre ($2,98 \pm 1,32$), depresyonu olan kadınların fiziksel alan puan ortalaması ($4,69 \pm 1,09$), depresyonu olmayanlara göre ($3,73 \pm 1,17$), depresyonu olan kadınların cinsel alan puan ortalaması ($4,35 \pm 2,16$), depresyonu olmayan kadınlara göre ($3,48 \pm 1,95$) yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 4.4.3: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarına göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Sosyo-Demografik Özellikler	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	*Cinsel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş				
45-49	3.83 ± 1.93	3.63±1.59	3.99 ± 1.29	3.58 ± 1.94
50-54	4.56 ± 1.93	3.96±1.61	4.28 ± 1.12	4.24 ± 2.13
55-59	4.44 ± 1.95	3.69±1.67	4.35 ± 1.21	3.96 ± 2.26
Test değeri	F=13.788 p=0.001	F=3.573 p=0.028	F=7.747 p=0.001	F=7.902 p=0.001
Meslek				
Ev Hanımı/ Çalışmıyor	4.17 ± 1.95	3.72±1.61	4.11 ± 1.21	3.85 ± 2.08
Çalışıyor	4.37 ± 2.06	3.91±1.65	4.52 ± 1.28	4.01 ± 2.16
Test değeri	t= -1.011 p=0.312	t= -1.148 p=0.251	t= -3.274 p=0.001	t= -0.735 p=0.463
Medeni Durum				
Evli	4.24±1.95	3.74±1.60	4.19±1.24	3.92±2.06
** Diğer	3.95±2.00	3.76±1.70	4.02±1.16	3.46±2.27
Test değeri	t=1.679 p=0.093	t=-0.173 p=0.862	t=1.576 p=0.115	t=1.910 p=0.056
Öğrenim Durumu				
Öğrenim Görmeyen	4.56 ± 1.94	3.96 ± 1.60	4.35 ± 1.17	3.92 ± 2.07
Okur Yazar-İlkokul	4.16 ± 1.94	3.75 ± 1.60	4.17 ± 1.21	4.00 ± 2.17
Ortaokul-Lise	4.01 ± 1.92	3.65 ± 1.65	4.06 ± 1.23	3.65 ± 1.97
Üniversite	3.41 ± 2.18	3.04 ± 1.50	3.57 ± 1.41	3.74 ± 2.05
Test değeri	F=5.602 p=0.001	F=4.109 p=0.007	F=5.442 p=0.001	F=1.400 p=0.242
Gelir Durumu				
Geliri giderinden az	4.29±1.97	3.86 ± 1.49	4.21 ± 1.23	3.79 ± 2.11
Geliri giderini karşılayan	4.06±1.95	3.61 ± 1.74	4.12 ± 1.22	4.00 ± 2.06
Geliri giderinden fazla	4.23±1.87	3.57 ± 1.85	4.06 ± 1.37	3.58 ± 2.01
Test değeri	F=1.470 p=0.230	F=2.802 p=0.061	F=0.654 p=0.520	F=1.296 p=0.274

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

**Dul/Boşanmış/Bekar

Tablo 4.4.3’de kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarına göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamalarının dağılımına baktığımızda; 45-49 yaş grubu kadınların vazomotor alan puan ortalaması 3.83 ± 1.93 , 50-54 yaş grubu kadınların 4.56 ± 1.93 , 55-59 yaş grubu kadınların 4.44 ± 1.95 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olup, farklılığı yaratan grubun 45-49 yaş grubu kadınlardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p < 0.001$). Benzer şekilde yaş grupları ile MÖYKÖ'nin psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın 45-49 yaş grubu kadınlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Bu ilişki bize 45-49 yaş grubu kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan yaşam kalitelerinin 50-54 ve 55-59 yaş gruplarına göre daha iyi olduğunu göstermektedir.

Kadınların mesleklerine göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamalarının dağılımına baktığımızda; kadınların mesleklerine göre vazomotor, psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ev hanımı ya da çalışmayan kadınların fiziksel alan puan ortalaması 4.11 ± 1.21 , çalışanların 4.52 ± 1.28 olup aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$).

Öğrenim görmeyen kadınların vazomotor alan puan ortalaması 4.56 ± 1.94 , okur yazar-ilkokul mezunu olanların 4.16 ± 1.94 , ortaokul-lise mezunu olanların 4.01 ± 1.92 , üniversite mezunu olanların 3.41 ± 2.18 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrenim görmeyen kadınların psikososyal alan puan ortalaması 3.96 ± 1.60 , okur yazar-ilkokul mezunu olanların 3.75 ± 1.60 , ortaokul-lise mezunu olanların 3.65 ± 1.65 , üniversite mezunu olanların 3.04 ± 1.50 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrenim durumu ile fiziksel alan puan ortalaması arasında da benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrenim durumu ile cinsel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuç kadınların öğrenim seviyeleri arttıkça vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan yaşam kalitelerinin arttığını göstermektedir.

Kadınların medeni durumu ve gelir durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.4.4: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) puan ortalamalarına göre uyku alışkanlıklarının dağılımı

Uyku Alışkanlığı	Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	* Cinsel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Uyku Süresi/Günlük				
≤ 5	4.85 ± 1.88	4.39 ± 1.65	4.61 ± 1.16	4.11 ± 2.22
6-7	4.25 ± 1.88	3.68 ± 1.68	4.17 ± 1.24	4.03 ± 2.13
8-9	3.87 ± 2.07	3.33 ± 1.49	3.89 ± 1.30	3.70 ± 2.10
≥10	3.84 ± 1.84	3.84 ± 1.41	4.10 ± 0.99	3.51 ± 1.75
Test değeri	F= 10.502 p= 0.001	F=15.383 p=0.001	F=11.938 p= 0.001	F= 3.136 p= 0.025
Uykusuzluk Problemi				
Olan	4.70 ± 1.87	4.16 ± 1.67	4.53 ± 1.20	4.11 ± 2.17
Olmayan	3.59 ± 1.89	3.25 ± 1.41	3.73 ± 1.11	3.58 ± 1.95
Test değeri	t= 8.802 p= 0.001	t= 8.712 p= 0.001	t=10.229 p=0.001	t= 3.631 p=0.001
Horlama Alışkanlığı				
Olan	4.38 ± 2.00	3.94 ± 1.58	4.29 ± 1.19	3.85 ± 2.07
Olmayan	4.07 ± 1.93	3.61 ± 1.63	4.08 ± 1.25	3.88 ± 2.10
Test değeri	t= 2.294 p= 0.022	t= 3.005 p=0.003	t= 2.448 p=0.015	t= -0.230 p= 0.818
Gün İçerisinde Uykusuzluk Çekme				
Olan	4.66 ± 1.90	4.18 ± 1.60	4.50 ± 1.17	4.06 ± 2.12
Olmayan	3.68 ± 1.90	3.28 ± 1.50	3.81 ± 1.18	3.66 ± 2.03
Test değeri	t= 7.680 p= 0.001	t=8.612 p=0.001	t= 8.670 p=0.001	t= 0.007 p= 2.712
Gün İçerisinde Uykusuzluk Sıklığı				
Haftada 1 ya da daha az	4.33 ± 1.55	3.45 ± 1.38	3.98 ± 1.12	3.43 ± 1.97
Haftada 1-2 kez	4.11 ± 1.87	3.67 ± 1.44	4.18 ± 1.18	3.56 ± 1.87
Haftada 3-5 kez	4.83 ± 1.80	4.33 ± 1.47	4.57 ± 1.08	4.35 ± 2.05
Haftada her gün ya da daha sık	5.05 ± 1.97	4.58 ± 1.77	4.76 ± 1.22	4.26 ± 2.34
Test değeri	F= 6.436 p= 0.001	F= 10.002 p= 0.001	F= 7.734 p=0.001	F= 4.281 p= 0.005

t: Student t testi

F: Oneway anova test

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

Tablo 4.4.4’de kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının uyku alışkanlıklarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların günlük ortalama uyku süresi arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları azalmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu ilişki uyku süresindeki artışın yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir.

Uykusuzluk problemi olan kadınların vazomotor (4.70 ± 1.87), psikososyal (4.16 ± 1.67), fiziksel (4.53 ± 1.20) ve cinsel (4.11 ± 2.17) alan puan ortalamaları, uykusuzluk problemi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.001$). Bu bulguya göre uykusuzluk problemi olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan yaşam kalitelerinin uykusuzluk problemi olmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Horlama alışkanlığı olan kadınların vazomotor alan puan ortalaması (4.38 ± 2.00), olmayanlara göre (4.07 ± 1.93) yüksek bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Kadınların psikososyal alan puan ortalaması horlama alışkanlığı olanlarda 3.94 ± 1.58 , olmayanlarda 3.61 ± 1.63 , fiziksel alan puan ortalaması horlama alışkanlığı olanlarda 4.29 ± 1.19 , olmayanlarda 4.08 ± 1.25 bulunmuştur. Horlama alışkanlığı olan ve olmayan kadınlardaki vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç horlama alışkanlığı olanların vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan yaşam kalitelerinin horlama alışkanlığı olmayanlara göre daha kötü olduğunu göstermektedir. Cinsel alan puan ortalaması ile horlama alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gün içerisinde uykusuzluk yaşayan kadınların vazomotor alan puan ortalaması (4.66 ± 1.90), yaşamayanlara göre (3.68 ± 1.90) yüksek bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Kadınların psikososyal alan puan ortalaması gün içerisinde uykusuzluk yaşayanlarda 4.18 ± 1.60 , yaşamayanlarda 3.28 ± 1.50 , fiziksel alan puan ortalaması gün içerisinde uykusuzluk yaşayanlarda 4.50 ± 1.17 , yaşamayanlarda 3.81 ± 1.18 'dir. Aradaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Cinsel alan puan ortalaması ile gün içerisinde uykusuz olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Gün içerisinde uykusuzluk yaşamayan kadınların vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan yaşam kalitelerini bozduğunu göstermektedir.

Gün içerisinde uykusuzluk yaşama sıklıkları arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları da artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç gün içerisinde uykusuzluk yaşama sıklığındaki artışın kadınların yaşam kalitesini bozduğunu göstermektedir.

4.5. Kadınların Uykusuzluk Problemi İle İlişkili Risk Faktörlerinin İleri Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların uykusuluk problemini etkileyebilecek değişkenlerin lojistik regresyon analizine göre bulgusu sunulmuştur.

Tablo 4.5.1: Kadınların uykusuzluk problemi ile ilişkili risk faktörlerinin ileri analizi

Uykusuzluk Risk Faktörleri	B	S.E	SD	p	OR	% 95 CI	
						Alt değer	Üst değer
Menopozal Dönem							
Premenopoz	(Referans)				1		
Perimenopoz	0.8899	.2315	1	.0001	2.4349	1.5468	3.8330
Postmenopoz	-.0228	.2110	1	.9141	.9775	.6464	1.4782
Hormon Tedavisi							
Almayan	(Referans)				1		
Alan	0.5587	.2434	1	.0217	1.7484	1.0851	2.8169
Fiziksel Hastalık							
Yok	(Referans)				1		
Var	0.4360	.1542	1	.0047	1.5465	1.1432	2.0922
Beck Depresyon Ölçeği							
<17	(Referans)				1		
≥17	1.3649	.1530	1	.0000	3.915	2.9011	5.2841
Yaş	0.0457	.0229	1	0.0466	1.0467	1.0007	1.0948

Lojistik regresyon analizine göre kadınların uykusuzluk problemi risk faktörleri tablo 4.5.1’de gösterilmektedir. Tek yönlü analizlerde uykusuzluk problemi ile ilişkili bulunan bağımsız değişkenlerin, birlikte etkisini görmek için backward stepwise lojistik regresyon analizi uygulanmış ve analiz sonucu Tablo 4.4.1’de sunulmuştur. Oluşturulan modele menopozal dönem, eğitim durumu, hormon tedavisi alma durumu, fiziksel hastalık, BDÖ ve yaş değişkenleri alınmıştır.

Lojistik regresyon analizi sonucunda uykusuzluk gelişme riski; perimenopoz dönemde olanların premenopoz dönemde olanlara göre 2.4 kat, hormon tedavisi alanların almayanlara göre 1.7 kat, fiziksel hastalığı olanların olmayanlara göre 1.5 kat, depresyonu olanların olmayanlara göre 3.9 kat daha fazla olduğu ve yaştaki bir birimlik artışın uykusuzluğu 1.04 kat artırdığı bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Menopoz kadın hayatında fiziksel değişimler kadar, psikolojik ve sosyal değişimlerin de yaşandığı ve bazı sağlık sorunlarının ortaya çıktığı yaşam evrelerinden en uzun olanıdır. Menopoz semptomları overlerin gittikçe işlevini yitirmesi sonucunda ortaya çıkan değişik derecelerde somatik ve psikolojik değişiklikleri ifade eder. Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptomlardan ikisi vazomotor değişiklikler ve uykusuzluk-yorgunluktur (Atasü ve Tekin 2001; Başer ve Taşkın 2002). Uyku bozuklukları, bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını ciddi olarak etkileyebilmektedir. Temel sağlık hizmetleri felsefesine göre hemşireler, bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmede bütüncül (holistik) bir yaklaşım içinde olmalıdırlar. Bu nedenle menopozal dönemdeki bir kadının bakımı için yapılacak olanlardan biri bu dönemdeki kadınların uykusuzluk yakınmalarının varlığını ve etkileme durumunu belirlemek ve yaşam kalitesini değerlendirmek olmalıdır (Başer ve Taşkın 2002; Kutlutürkan ve Görgülü 2005).

Yapılan çalışmalar menopozun algılanması, menopozal tutum ve bu dönemde görülen yakınmalar açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir (Tortumluoğlu 2004). Bu nedenle ülkemizde çalışmaya rastlanmayan menopozal dönemde uyku sorununa ilişkin araştırmalara ihtiyaç vardır.

Araştırma, menopozal dönemlerdeki kadınların uyku sorunları, sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda beş ana başlık altında tartışılmıştır:

- 5.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.2. Kadınların uyku alışkanlıkları ve uykusuzluğa ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.3. Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına, jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine, genel sağlık durumu ve sağlık davranışlarına ve MÖYKÖ alt grup puanlarına ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ve bunların sosyo-demografik özelliklere ve uyku alışkanlıklarına ilişkin bulgularının tartışılması,

5.5. Kadınların uykusuzluk problemi ile ilişkili risk faktörlerinin ileri analizine ilişkin bulguların tartışılması,

5.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması,

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 50.55 ± 4.13 bulunmuştur (Tablo 4.1.1).

Başer ve Taşkın'ın (2002) Kayseri ilinde 93 menopozal dönemdeki kadınlar ile yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 48.89 ± 4.82 , Kharbouch ve Şahin'in (2007) İstanbul ilinde 202 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışmada 51.23 ± 4.17 , Uptan'ın (1999) klimakterik dönemdeki 50 kadın üzerinde yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması 48.4 ± 2.82 bulunmuştur.

Tokuç ve ark. (2006) Trakya üniversitesinde 299 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışmada 52.07 ± 6.12 , Karaçam ve Şeker'in (2007) Aydın'da 886 kadın üzerinde yaptığı çalışmada menopozal dönemdeki kadınların yaş ortalaması 48.62 ± 5.75 bulunmuştur.

Cheng ve ark. (2008) Tayvan'da 1113 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalaması 48.5 ± 4.0 bulunmuştur.

Tortumluoğlu ve Erci'nin (2003) Erzurum ilinde 87 klimakterik kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 48.36 ± 6.49 bulunmuştur.

Owens ve Matthews (1998) 521 Amerikalı orta yaş grubu kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalamasını 50.4 ± 1.6 bulmuştur.

Chung ve Tang'in (2006) 305 Çinli orta yaşlı kadın üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalamasını 50.1 ± 2.9 bulmuştur.

Chen ve ark. (2008) 773 menopozal dönemdeki Çinli kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 48.79 ± 7.04 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgumuz Başer ve Taşkın (2002), Karaçam ve Şeker (2007), Kharbouch ve Şahin (2007), Uptan (1999), Tokuç ve ark. (2006), Cheng ve ark. (2008), Tortumluoğlu ve Erci (2003), Owens ve Matthews (1998), Chung ve Tang (2006) ve Chen ve ark. (2008) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Çalışmada kadınların % 87.6'sının ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Karaçam ve Şeker'in (2007) yaptığı çalışmada kadınların % 77.1'inin ev hanımı olduğu, Yılmaz ve ark. (2003) İstanbul'da 186 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı

çalışmada ise kadınların % 65'inin ev hanımı olduğu, Yurdakul ve ark. (2007) Mersin'de 83 menopozal dönemdeki kadın üzerinde menopozal dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi adlı çalışmada kadınların, % 98.8'inin ev hanımı olduğunu bulmuştur. Tortumluoğlu ve Erci'nin (2003) yaptığı çalışmada kadınların % 93.1'inin ev hanımı olduğu, saptanmıştır. Owens ve Matthews'in (1998) yaptığı çalışmada kadınların % 74.4'ünün çalışmadığını bulmuştur. Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada kadınların % 72.1'inin ev hanımı olduğunu saptamıştır. Çalışma bulgumuz Karaçam ve Şeker (2007), Yılmaz ve ark. (2003), Owens ve Matthews'in (1998) ve Chung ve Tang'ın (2006) çalışma bulgularına göre yüksek iken, Yurdakul ve ark. (2007) ve Tortumluoğlu ve Erci'nin (2003) çalışma sonucuna göre düşük bulunmuştur. Farklılığın hastane temelli örneklem ve çalışma dizaynı farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların % 82.5'inin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında % 89.8'i, Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında % 87.6'sı, Başer ve Taşkın'ın (2002) çalışmasında da kadınların % 82.8'inin evli olduğu görülmektedir. Yurdakul ve ark. (2007) yaptığı çalışmada kadınların % 79.5'si, Tortumluoğlu ve Erci'nin (2003) yaptığı çalışmada kadınların, % 86.2'si evlidir. Chung ve Tang'ın (2006) yaptıkları çalışmada kadınların % 90.5'i, Shın ve ark. (2005) Kore'de 2400 orta yaşlı kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların % 86.3'ü evlidir. Çalışmadaki kadınların yaş ortalaması verilen çalışma sonuçlarına yakın bulunmuştur.

Çalışmada kadınların % 42.2'si okur yazar-ilkokul mezunudur (Tablo 4.1.1). Başer ve Taşkın'ın (2002) çalışmasında okur yazar ve ilkokul mezunu olan menopozal dönemdeki kadın oranı % 52.7'dir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada kadınların % 42.5'i okur yazar-ilkokul mezunu, Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında da ilkokul mezunu olan kadın oranı % 63.4'dür. Yurdakul ve ark. (2007) yaptığı çalışmada kadınların % 45.8'inin öğrenim durumunun ilköğretim olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucumuz Başer ve Taşkın (2002) ve Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışma sonuçlarına göre düşük, Yılmaz ve ark. (2003) ve Yurdakul ve ark. (2007) çalışma sonuçlarıyla paralel bulunmuştur. Başer ve Taşkın (2002) ve Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasıyla olan farklılığın örneklem seçiminden kaynaklanabileceği kanısındayız.

Araştırmamızda kadınların % 53.9'unun kendi ifadelerine göre gelirinin giderinden az olduğu görülmektedir. Kadınların aylık gelir ortalaması 709 ± 428.49 'dir (Tablo 4.1.1).

Kharbouch ve Şahin'in (2007) yaptığı çalışmada kadınların % 37.6'sının gelirinin giderinden az olduğu ve aylık gelir ortalamasının 919.87 ± 565.03 olduğu, Karaçam ve Şeker'in (2007) yaptığı çalışma da kadınların % 70.5'inin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Yurdakul ve ark. (2007) yaptığı çalışmada kadınların % 36.1'inin gelirinin giderinden az olduğu görülmektedir. Çalışma bulgumuz Kharbouch ve Şahin'in (2007) ve Yurdakul ve ark. (2007) çalışma bulgularına göre yüksek, Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışma bulgusuna göre düşük bulunmuştur. Ülkemizde bölgelere göre sosyo ekonomik durumun önemli farklılıklar göstermesi ve kadınların kendi değerlendirmelerine göre ekonomik durumlarını adlandırmaları sonuçlarda farklılıklara neden olmaktadır.

Kadınların jinekolojik ve obstetrik değişkenlerine göre dağılımında (Tablo 4.1.2) kadınların % 11'inin jinekolojik ameliyat geçirmiş olduğu görülmektedir. Kadınların çoğunluğu (% 64.3) histerektomi ameliyatı geçirmiş ve kadınların % 62.2'si 3 yıl ve daha fazla süredir ameliyat olmuştur (Tablo 4.1.3). Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında kadınların % 14.7'sinin jinekolojik ameliyat geçirdiği saptanmıştır. Bulgumuz Kharbouch ve Şahin'in (2005) bulgusuna yakın bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların menopoza yaş ortalaması 48.16 ± 4.55 'dir (Tablo 4.1.2). Menopoza giriş yaşı dünyada genel olarak 50-51, ülkemizde ise ortalama 46-48 yaşları arasındadır (Atasü 2001). Menopoz yaşı ortalamasının, ülkemizde çeşitli kliniklerde bildirilen 45-49 yaş arasında olan menopoz yaşı ile uyumlu olduğu görülmektedir (Naçar ve ark. 2007; Tokuç ve ark. 2006; Başer ve Taşkın 2002; Selam ve Topçuoğlu 2004).

Kadınların menopoz yılı ortalaması 4.50 ± 4.06 'dır (Tablo 4.1.2). Yılmaz ve ark. (2003) yaptığı çalışmada menopoz süresi 5.5 ± 4.4 , Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında ise 4.88 ± 4.71 'dir. Çalışma sonucumuz Yılmaz ve ark. (2003) çalışma sonucuna göre düşük, Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir. Kharbouch ve Şahin'in (2007) bulgusunun çalışmamızda olduğu gibi

toplum temelli olması, Yılmaz ve ark. (2003) ise polikliniğe gelen kadınlar üzerinde çalışma yapması nedeniyle farklılığın olduğu kanısındayız.

Kadınların % 55.6'sı postmenopozal dönemdedir, % 60.4'ü 5 yıldan daha az süredir postmenopozal dönem içerisinde (Tablo 4.1.2). Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında kadınların % 44'ü, Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında % 56.4'ü postmenopozal dönemdedir. Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların % 32'sinin postmenopozal dönemde olduğunu bulmuştur. Özkan ve ark. (2005) Denizli'de 171 klimakterik kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların % 65'inin 1-5 yıldır menopozal dönemde olduklarını bulmuştur. Tortumluoğlu ve Erci'nin (2003) yaptığı çalışmada kadınların % 40.2'sinin postmenopozal dönemde olduğu bulunmuştur. Yurdakul ve ark. (2007) kadınların % 48.2'sinin 1-5 yıldır menopozal dönemde olduğunu bulmuştur. Bromberger ve ark. (2001) farklı etnik gruplarda olan 16065 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların % 22'sinin postmenopozal dönemde olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgumuz Kharbouch ve Şahin'in (2005) ve Özkan ve ark. (2005) çalışma bulgusuyla paralel, Karaçam ve Şeker'in (2007), Cheng ve ark. (2008), Tortumluoğlu ve Erci'nin (2003), Yurdakul ve ark. (2007) ve Bromberger ve ark. (2001) çalışma bulgusuna göre yüksek çıkmıştır. Menopozal döneme ilişkin çalışmalarda örnekleme alınan kadınların yaş gruplarında farklılıklar olabilmektedir. Çalışmamıza alınan kadınların yaş grubu ile diğer çalışmalardaki yaş grupları arasındaki farklılıkların postmenopozal dönemdeki katılımcı oranını etkilediği kanısındayız.

Aynı zamanda çalışmamızdaki kadınların % 10.3'ü hormon tedavisi almaktadır (Tablo 4.1.2). Hormon tedavisi gören kadınların % 90.1'i oral tedavi kullanmaktadır. Kadınların % 86.8'i 3 yıldan daha az süredir tedavi görmektedir (Tablo 4.1.4). Tokuç ve ark (2006) yaptığı çalışmaya göre kadınların % 18.9'u HRT kullanmaktadır. Yılmaz ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada kadınların % 80'inin oral hormon tedavisi gördüğü saptanmıştır. Keskinoglu ve ark. (2006) İzmir ilinde yaşayan 190 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışma da kadınların % 5.3'ünün HRT kullandığını bulmuştur. Yurdakul ve ark. (2007) çalışmasında kadınların % 12 sinin hormon tedavisi gördüğü saptanmıştır. Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların % 24.9'unun HRT tedavisi aldığı bulunmuştur.

Çalışmamızdaki hormon tedavisi alma oranı, Tokuç ve ark. (2006), Yılmaz ve ark. (2003), Keskinoglu ve ark. (2006) ve Yurdakul ve ark. (2007) çalışma sonuçlarına göre düşük bulunmuştur. Bunun nedeninin çalışmamızın yapıldığı bölgenin ülkenin doğusunda olması ve toplum temelli bir çalışma olmasından dolayı düşük olduğu kanısındayız. Bulgumuzun Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmaya göre düşük bulunmasının nedeninin sosyo kültürel ve ekonomik farklılıktan kaynaklanabileceği düşüncesindeyiz.

Kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasının 5.13 ± 2.60 , doğum sayısı ortalamasının 4.04 ± 2.04 , düşük sayısı ortalamasının 1.72 ± 1.26 ve kürtaj sayısı ortalamasının ise 1.67 ± 0.99 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Bu sonuç Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA) (2003) halen evli olan kadınların toplam doğurganlık hızı olan 2.2 den yüksektir (TNSA 2003). Başer ve Taşkın'ın (2002) yaptığı çalışmada kadınların gebelik sayısı ortalaması 5.63 ± 3.21 , doğum sayısı ortalaması ise 3.62 ± 1.95 bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızdaki sonuçla uyumlu bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in (2007) yaptığı çalışmada ise gebelik sayısı ortalaması 3.96 ± 2.62 , doğum sayısı ortalaması 2.68 ± 1.44 , düşük sayısı ortalamasının 0.42 ± 0.85 ve kürtaj sayısı ortalamasının ise 0.85 ± 1.28 olarak bulunmuştur. Bulgumuz Kharbouch ve Şahin'in (2007) sonucuna göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızdaki sonucu bölgelere göre doğurganlık hızlarının farklılığını gösteren demografik çalışmalara paraleldir (TNSA 2003).

Çalışmaya katılan kadınların % 45.3'ünün fiziksel hastalığının olduğu görülmektedir. Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında kadınların % 50.9'unun, Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında % 54.5'inin, Başer ve Taşkın'ın (2002) çalışmasında ise kadınların % 48.4'ünün fiziksel bir sağlık probleminin olduğu bulunmuştur. Chung ve Tang (2006) yaptığı çalışmada kadınların % 8.9'unun kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada kadınların % 15'inin fiziksel hastalığının olduğu bulunmuştur. Bromberger ve ark. (2001) yaptığı çalışmada kadınların % 16.9'unun sağlık probleminin olduğu görülmüştür. Bulgumuz ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına yakınlık göstermekle birlikte, farklı ülkelerde yapılan çalışma sonuçlarına göre yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın, ülkelerin sağlık göstergelerindeki ve bireylerin kendi sağlıklarını algılama durumlarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların sırasıyla en çok kardio-vasküler (%29.4), psikiyatrik (% 12.3) ve diabet (%11.8) hastalığı vardır (Tablo 4.1.5). Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında ise bu sıralama kardiyolojik (%34.7), diabet (%12.4) ve kas-iskelet hastalığı (%10.9) şeklinde bulunmuştur. Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların % 10.9'unun hipertansiyon, % 3.1'inin diyabet hastalığının olduğunu bulmuştur. Çalışma sonucumuz, Kharbouch ve Şahin'in (2007) ve Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışma bulgularıyla sayısal anlamda uyumlu olmamakla birlikte sıralama yönünden ilk sıranın kardio-vasküler hastalık olması benzerlik göstermektedir.

Kadınların % 45.1'i günlük ilaç kullanmaktadır. Başer ve Taşkın'ın (2002) yaptığı çalışmada kadınların % 39.8'i sürekli ilaç kullanmaktadır. Kadınların kullandıkları ilaçlar sırasıyla % 49'u kardiyolojik, % 21'i diabetik, % 6.4'ü ise depresyon ilacıdır (Tablo 4.1.5). Çalışma sonucumuz Başer ve Taşkın'ın (2002) çalışma sonucuna yakın görünmektedir. Kadınların kullandıkları ilaçların sıralaması hastalık sıralamasına göre (psikiyatrik hastalık grubu dışında) uyumlu görülmektedir.

Çalışmada kadınların BDÖ puan ortalaması 16.33 ± 9.44 olup, BDÖ'ne göre kadınların % 44.9'unda depresyon bulunmaktadır (Tablo 4.1.6). Çelik ve ark. (2002) Konya'da postmenopozal dönemdeki 30 kadın üzerinde yaptığı çalışmada BDÖ puan ortalamasını 12.75 ± 9.6 olarak bulmuşlardır.

Keskinoğlu ve ark. (2006) yaptığı çalışma da BDÖ puanına göre kadınların % 10.5'inin depresyonunun olduğu bulunmuştur.

Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada BDÖ puan ortalaması ≥ 16 olan kadın sayısı % 13.9'dur.

Tokuç ve ark. (2006) Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğini menopoz polikliniğine gelen kadınlar üzerinde uygulamış ve kadınların % 20.4'ünde depresyon riski tespit etmiştir.

Bromberger ve ark. (2001) yaptığı çalışmada kadınların % 24.1'in de psikolojik distress bulunduğunu saptamıştır. Çalışma sonucumuza göre depresyonu olan kadın oranı çalışma sonuçlarına göre yüksek bulunmuştur. Menopozdaki depresyonda, biyolojik ve psikolojik etkenlerin yanında kuşkusuz kültürel, toplumsal, ailesel etkenlerde söz konusudur. (Evlice ve ark. 2002).

Kadınların boy ortalaması 1.61 ± 6.15 cm, kilo ortalaması 72.45 ± 11.70 kg, BKİ ortalaması 27.74 ± 4.55 olarak bulunmuştur. Kadınların % 28.2'sinin BKİ 25 veya üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.1.7). Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında boy ortalaması 1.59 ± 5.56 , kilo ortalaması 72.1 ± 11.15 , BKİ ortalaması ise 28.4 ± 4.39 'dır. Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında da BKİ ortalaması 28.24 ± 4.71 olup kadınların % 24'ü aşırı kilolu gurubundadır. Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların BKİ ortalaması 24.3 ± 3.5 olarak bulunmuştur. Shın ve ark. (2005) yaptığı çalışmada kadınların BKİ ortalaması 24.8 ± 3.2 'dir. Owens ve Matthews (1998) yaptığı çalışmada kadınların boy ortalaması 1.60 ± 0.06 , kilo ortalaması 68.3 ± 13.7 , BKİ ortalaması 25.9 ± 5.2 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucumuz ülkemizde yapılan benzer çalışma sonucuyla paralellik gösterirken diğer ülkelere göre BKİ ortalamamızın daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın genetik, coğrafik ve sosyal faktörlerden kaynaklanmış olabileceği kanısındayız.

Çalışmamızda kadınların % 26.4'ünün egzersiz yaptığı bulunmuştur (Tablo 4.1.8). Egzersiz yapan kadınların % 69.2'sinin haftada 3'ten fazla egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.10). Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında da kadınların % 58.9'u, Kharbouch ve Şahin'in (2005) çalışmasında ise kadınların % 19.3'ü egzersiz yapmaktadır. Yurdakul ve ark. (2007) yaptığı çalışmada ise kadınların % 12'sinin egzersiz yaptığı saptanmıştır. Chung ve Tang'in (2006) yaptığı çalışmada kadınların % 23.3'ünün haftada 3'ten fazla egzersiz yaptığını bulmuştur. Çalışma sonucumuz Karaçam ve Şeker'in (2007), Kharbouch ve Şahin'in (2005), Yurdakul ve ark. (2007) ve Chung ve Tang'in (2006) çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermemektedir. Bu sonuca göre ülkemizde bölgelere ve kadının verdiği anlam ve öneme göre egzersiz algısının değişebildiğini düşünebiliriz.

Kadınların % 22.8'inin sigara içtiği görülmektedir (Tablo 4.1.8). Kadınların % 60.4'ünün günde 1-10 adet arasında sigara içtiği, % 9.4'ünün ise 20 adedin üzerinde sigara içtiği bulunmuştur (Tablo 4.1.9). Yılmaz ve ark. (2003) çalışmasında kadınların sigara içme oranı % 20.5, günde 20'den fazla sigara içme oranı ise % 2.1 olarak bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in (2005) çalışmasında sigara içme oranı % 21.3'dür. Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında da ise % 17.4'dür. Başer ve Taşkın'ın (2002) yaptığı çalışmada sigara içen kadın oranı % 25.8'dir. Yurdakul ve ark. (2007) yaptığı çalışmada ise kadınların % 18.1'i sigara içmekte, % 81.9'u günde 20 adetten fazla

sigara içmektedir. Tortumluoğlu ve Erci (2003) yaptığı çalışmalarında kadınların % 11.6'sını sigara içtiğini bulmuştur. Chung ve Tang'in (2006) yaptığı çalışmada kadınların % 3.0'ının sigara içme alışkanlığının olduğu saptanmıştır. Bromberger ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada kadınların % 22.5'inin sigara içtiği saptanmıştır. Çalışma sonucumuz, Yılmaz ve ark. (2003), Kharbouch ve Şahin (2007), Başer ve Taşkın (2002) ve Bromberger ve ark. (2001) çalışma sonuçlarıyla paralellik gösterirken, Karaçam ve Şeker'in (2007), Yurdakul ve ark. (2007), Tortumluoğlu ve Erci (2003) ve Chung ve Tang'in (2006) çalışma sonucuna göre yüksek çıkmıştır.

Kadınların günlük kahve içme ortalaması (fincan) 0.63 ± 1.16 'dır. Kahve hiç içmeyen kadın oranı ise % 68.4'dür. Kadınların günlük çay içme ortalaması (bardak) 6.18 ± 4.14 'dür. Kadınların % 92.7'si günde 1 bardaktan fazla çay içmektedir (Tablo 4.1.8). Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında da kahve içme ortalaması (fincan) 0.75 ± 1.01 , çay içme ortalaması (bardak) 4.90 ± 3.40 'dır. Çalışmamızdaki günlük kahve içme ortalaması Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışma sonucuyla uyum gösterirken günlük çay içme ortalamamız yüksek bulunmuştur.

5.2. Kadınların Uyku Alışkanlıkları ve Uykusuzluğa İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada kadınların uyku alışkanlıkları incelendiğinde kadınların günlük uyku süresi ortalamasının 7.23 ± 2.05 olduğu, % 36.3'ünün günde 6-7 saat uyuduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

Levine ve ark (2003b) 459 kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların günlük uyku süresi ortalaması 6.72 ± 0.99 bulunmuştur. Levine ve ark (2003a) 66.269 farklı etnik gruptaki postmenopozal kadın üzerinde yaptığı çalışmada ise günlük ortalama uyku süresi 6.61 ± 4.45 'dir. Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların ortalama uyku süresi 6.7 ± 1.0 olarak bulunmuştur. Kripke ve ark. (2001) 98705 postmenopozal kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların % 66'sının 6-7 saat günde uyuduklarını saptamıştır. Çalışma sonucumuzda ortalama günlük uyku süresinin Levine ve ark (2003a, 2003b), Cheng ve ark. (2008) ve Kripke ve ark. (2001) bulgularına göre yüksek olduğu görülmektedir.

Yaş ilerledikçe toplam uyku süresi giderek azalır, 45 yaş sonrası 7 saat uyku normal kabul edilir (Akdemir ve Birol 2003; Derman 2001; Ertuğrul ve Rezaki 2004;

Karadağ 2007; Şahin 1998). Bu bilgiler ışığında çalışmamızdaki kadınların ortalama günlük uyku süresi normal kabul edilen sınırlardadır. Ancak uyku uzmanları uykunun kalitesine uykunun süresinden daha fazla önem vermektedirler. Uzmanlara göre günde 12-14 saat uyunup, hala yorgun ve uykusuz hissedilebilir (Derman 2001). Nitekim çalışmamızdaki kadınların günlük ortalama uyku süresi açısından normal sınırlarda görülürken, kadınların % 54'ünün uykusuzluk probleminin olduğunu söylemesi ve bu sonucun diğer çalışma sonuçlarına daha yüksek, ilaveten KSİÜÖ puan ortalamasının diğer çalışmalara göre yüksek çıkması kadınların algıladığı uyku kalitesinin istenilen düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların % 61.9'u geçmişteki uyku alışkanlıklarıyla şimdiki uyku alışkanlıkları arasında fark olduğunu belirtmişlerdir. Buna paralel olarak kadınların % 51.7'si gün içerisinde kendini uykusuz hissetmektedir (Tablo 4.2.1). Kadınların % 35.3'ü gün içerisinde 3-4 kez kendini uykusuz hissetmektedir (Tablo 4.2.7).

Kripke ve ark. (2001) yaptığı çalışmada kadınların % 52'sinin gün içerisinde uykusuzluk yaşadığını saptamıştır.

Owens ve Matthews (1998) yaptığı çalışmada kadınların % 37'sinin kendilerini gün içerisinde uykusuz hissettiklerini, % 47'sinin haftada 2-5 kez uykusuz hissettiğini bulmuştur.

Kadınların kendilerini gün içerisinde uykusuz hissetme oranı Kripke ve ark. (2001) çalışma sonucuyla benzerlik gösterirken, Owens ve Matthews'in (1998) çalışma sonucuna göre yüksek bulunmuştur. Owens ve Matthews'in (1998) çalışmasında kadınların uyku güçlüğü yaşama sıklığı çalışma sonucumuza göre düşük bulunmuştur. Farklılığın bu durumdan kaynaklı olabileceği kanısındayız.

Kadınların % 54 ile çoğunluğu uykusuzluk probleminin olduğunu söylemiştir (Tablo 4.2.1).

Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların % 46'sını uykusuzluk probleminin olduğunu tespit etmiştir.

Owens ve Matthews (1998) yaptığı çalışmada kadınların % 42'sinde, Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada kadınların % 14.3'ün de uykusuzluk probleminin olduğu saptanmıştır.

Kravitz ve ark. (2003) Amerika Birleşik Devletleri'nde 12603 orta yaşlı kadın üzerinde yaptığı çalışmada uykusuzluk sıklığını % 38 bulmuştur. Yine uykusuzluğun etnik gruplar arasında farklı oranlarda görüldüğünü saptamışlardır.

Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) kullanılarak saptanan uyku güçlüğü sıklığı % 26'dır.

Lai ve ark. (2006) 203 klimakterik kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların % 52.7'si, Bromberger ve ark. (2001) yaptığı çalışmada kadınların % 36.1'inin uyku güçlüğü çektiğini bulmuşlardır.

Çalışmamızdaki kadınlarda görülen uykusuzluk oranı Cheng ve ark. (2008), Owens ve Matthews (1998), Shin ve ark. (2005), Kravitz ve ark. (2003), Chung ve Tang'ın (2006) ve Bromberger ve ark. (2001) çalışma sonuçlarına göre yüksek iken, Lai'nin çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir. Uyku subjektif bir deneyimdir ve yalnızca birey uykusunun yeterli ve dinlendirici olup olmadığına karar verir ve

“normal” diye tanımlar. Uykuyu etkileyen birçok faktörden biri de kültürel farklılıklardır (Ay ve ark. 2007). Bu nedenle çalışma sonucumuzdaki uykusuzluk oranının diğer çalışma sonuçlarına göre yüksek olabileceği kanısındayız.

Çalışmamızda kadınların ifade ettikleri horlama sıklığı % 40 saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Kadınların % 58.3 ile yarıdan fazlası haftada 3'ten daha fazla sıklıkta horladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2. 6)

Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada horlama oranı % 18 bulunmuştur.

Kripke ve ark. (2001) yaptığı çalışmada kadınların % 57'sinin horlama alışkanlığının olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuz Kripke'nin sonucuna göre düşük, Chung ve Thang'ın çalışma sonucuna göre yüksek bulunmuştur. Östrojen ve progesteronun serumda düşük olmasının üst hava yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azaltarak uyku apnesinde rolü olduğu düşünülmektedir. Uyku apnesinin en belirgin özelliklerinden biri horlamadır, postmenopozal kadınlarda bu nedenle horlama daha fazla görülmektedir (Kutlutürkan ve Görgülü 2005). Kripke ve ark. (2001) poztmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde çalışmasından dolayı bulgumuzun Kripke'nin bulgusuna göre düşük olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.2.2'de kadınların uyku alışkanlıklarındaki değişikliğe göre dağılımı gösterilmektedir. Kadınların % 85.2'si geçmişe göre şimdi daha az uyduğunu

belirtmiştir. Owens ve Matthews (1998) yaptığı çalışmada kadınların % 23'ünün geçmişe göre şimdi daha fazla uykuya ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Çalışma bulgumuz Owens ve Matthews'in (1998) çalışma sonucuna göre yüksek çıkmıştır.

Uykusuzluğu olan kadınların uykusuzluk nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.2.3'de gösterilmektedir. Kadınların uykusuzluk problemine ilişkin bildirdikleri en önemli iki neden % 33 stres, % 32.2 ile ateş basması ve gece terlemesidir.

Literatüre göre menopoz süresince yaşanan uyku rahatsızlıkları sıklıkla hormonal değişikliklerle ilişkili olan geceye özgü sıcak basması ve gece terlemesi ile ilişkilidir. Vazomotor yakınmalar sonucu stres oluşabilmekte, stres ve vazomotor yakınmalar kadında uyuma güçlüğü yaratabilmektedir. Bazen de stres başlı başına vazomotor yakınmalara karşı kadını savunmasız bırakabilmektedir. Uyku güçlüğü ile ilişkili çalışmalara göre uykusuzluk, vazomotor yakınmalar ve depresyon/anksiyete arasında dinamik bir ilişki bulunmaktadır (Alexander ve ark. 2007; Breus 2003; Evlice ve ark. 2002; Moe 2004). Çalışma bulgusu literatürü destekler niteliktedir.

Kadınların % 40.9'u uykusuzluk problemi için önlem almaktadır (Tablo 4.2.4). Kadınların uykusuzluk problemi için aldıkları önlemler sırasıyla % 30.6 ile süt içme ve yoğurt yeme, %25.5'ile banyo yapma ve ilaç almadır (Tablo 4.2.5). Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır, Sütte bulunan L-tryptophan'ın toplam uyku saatini ve bununla beraber uykunun NonREM III ve IV. Evreyi arttırmakta, hatta doğal bir sedatif olabilmektedir (Ay ve ark. 2007; Kara ve Yetkin 1997).

5.3. Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının, Sosyo-Demografik Özelliklerine, Uyku Alışkanlıklarına, Jinekolojik ve Obstetrik Değişkenlerine, Genel Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına ve MÖYKÖ Alt Grup Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde çalışmaya katılan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 9.18 ± 5.37 'dir. KSİÜÖ kesme puanı 10 puan ve üzeri kabul edilmiş bu kesme puanına göre kadınların % 62.2'sin de uykusuzluk probleminin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

Levine ve ark. (2003a) yaptığı çalışmada 10 maddeli KSİÜÖ puan ortalaması 6.61 ± 4.45 bulunmuştur. Levine ve ark. (2003b) KSİÜÖ'nin geçerlilik ve güvenirliğini yaptıkları 5 maddeli KSİÜÖ puan ortalaması 7.26 ± 4.92 'dir.

Çalışmamızdaki KSİÜÖ puan ortalaması Levine ve ark. (2003a; 2003b) yaptığı çalışmadaki puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur. Bu sonucun ülkeler arasındaki kültürel farklılığın yanı sıra çalışmamızdaki kadınların uykusuzluk problemini yaşama sıklığının (%54) yapılan diğer çalışmalara göre yüksek bulunmasıyla ilişkili olabileceğinden düşünülmektedir (Cheng ve ark. 2008; Shin ve ark. 2005; Kravitz ve ark. 2003; Chung ve Tang 2006; Lai ve ark. 2006; Bromberger ve ark. 2001)

45-49 yaş grubu kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 8.48 ± 5.12 ile en düşük, 50-54 yaş grubunun 10.11 ± 5.33 ile en yüksektir. Yaş grupları ile KSİÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 4.3.2). Farklılığın 45-49 ve 50-54 yaş grupları arasında olduğu tespit edilmiştir.

Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada yaş arttıkça uykusuzluk sıklığının da arttığını bulmuştur.

Çalışma bulgumuzda 50-54 yaş grubunun daha çok perimenopoz dönemi temsil etmesi, 55-59 yaş grubunun ise daha çok postmenopoz dönemdeki kadınları temsil etmesi, özellikle 50-54 yaş grubunda vazomotor yakınmaların daha fazla olması nedeniyle KSİÜÖ puan ortalamasının yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulgumuz Shin'ın çalışma sonucuyla uyumlu görülmektedir.

Öğrenim görmeyen kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.06 ± 5.62 , üniversite mezunlarının ise 6.97 ± 4.78 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p < 0.01$). Yapılan ileri analizde farklılığın öğrenimi olmayan kadınlar ile üniversite mezunu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasında olduğu bulunmuştur. Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi azaldıkça uykusuzluğun arttığı bulunmuştur. Kravitz ve ark. (2003) yaptığı çalışmada eğitim ile uykusuzluk arasında ilişki bulunmuştur.

Çalışma sonucumuz Shin ve ark. (2005) ve Kravitz ve ark. (2003) çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir.

Kadınların mesleği, medeni durumu ve gelir durumu ile KSİÜÖ'nin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızdan farklı olarak Shin ve ark. (2005) gelir durumu az olanlarda ve evli olmayanlarda uykusuzluğun daha fazla olduğunu bulmuştur.

Çalışmamızda günlük uyku süresi 5 saat ve altında olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 13.20 ± 4.99 , günlük 10 saat ve üzerinde uyku uyuyan kadınların puan ortalaması 6.53 ± 4.12 'dir. Günlük uyku süresi arttıkça KSİÜÖ puan ortalamasının azaldığı görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.3).

Levine ve ark (2003b) yaptıkları çalışmada günlük uyku süresi 5 saat ve altında olan kadınlarda KSİÜÖ puan ortalaması, 11.3 ± 5.4 , 10 saat ve üzerinde uyku uyuyanların 6.2 ± 4.6 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucumuz Levine ve arkadaşlarının çalışma sonucuyla uyumludur.

Uykusuzluk problemi olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, uykusuzluk problemi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 4.3.3).

Levine ve ark (2003b) yaptığı çalışmada da uykusuzluğu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, uykusuzluk problemi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışma bulgumuz Levine'nin çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir.

Uykusuzluk problemi için önlem alan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması (12.87 ± 4.70), önlem almayanlara göre (11.97 ± 4.72) yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.3). KSİÜÖ puan ortalamasının yüksek oluşu kadınların uykusuzluk problemini daha fazla yaşadığını göstermektedir. Bu nedenle uykusuzluk sorunuyla baş etmek için önlem alan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Hemşireler uykusuzluk şikayetiyle baş etmeye çalışan kadınlara etkili yöntemler hakkında eğitim vererek kadınların uykusuzluk semptomlarıyla daha kolay baş etmelerine yardım edebilirler.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları ile horlama alışkanlığı ve horlama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.3.3). Gün içerisinde uykusuz olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, uykusuz olmayan kadınlara göre yüksek çıkmıştır ($p < 0.001$). Benzer şekilde gün içerisinde uykusuzluk sıklığı arttıkça KSİÜÖ puan ortalaması da anlamlı şekilde artmaktadır ($p < 0.001$) (Tablo 4.3.3). KSİÜÖ puan ortalamasının yüksek oluşu kadınların uykusuzluk problemini daha fazla yaşadığını göstermektedir. Gün içerisinde uykusuz olma ve uykusuzluk sıklığında artış durumunda KSİÜÖ'nin artmış olması beklenen bir sonuçtur.

Kadınların menopozal dönemlere göre KSİÜÖ puan ortalaması dağılımını incelediğimizde; Premenopozal dönemdeki kadınların KSİÜÖ puan ortalaması $7.34 \pm$

4.69, Perimenopozal dönemdeki kadınların 9.79 ± 5.37 , postmenopozal dönemdeki kadınların ise 9.78 ± 5.48 bulunmuştur (Tablo 4.3.4). Yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ve farklılığın premenopoz ile perimenopozal dönem arasında, ayrıca premenopoz ile postmenopoz dönem kadınlar arasında olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Bu sonuçlara göre perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda uykusuzluk şikayetinin daha fazla olduğu söylenebilir. Bu bulgu hemşirelerin perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların uykusuzluk yakınmalarını daha dikkatli ele alması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda 5 yıldan daha az süredir postmenopozal dönemde olan kadınların KSIÜÖ puan ortalaması 10.07 ± 5.19 , 5 yıl ve üzerinde postmenopozal dönemde olan kadınların 9.33 ± 5.91 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.3.4).

Ohayan (2006) 982 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışma da kronik uykusuzluk premenopozal dönemde % 36.5, perimenopozal dönemde % 56.6, postmenopozal dönemde % 50.7 olarak bulmuştur.

Young ve ark (2003) 589 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışmada menopozal durum ile uyku arasında orta derecede ilişki saptamıştır.

Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada premenopozal dönemdeki kadınlarda diğer dönemlere göre daha az sıklıkta uyku şikayetinin olduğu bulunmuştur.

Owens ve Matthews (1998) yaptığı çalışmada menopozal dönem ile uyku arasında ilişki bulmamıştır.

Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada premenopozal dönemden, perimenopozal döneme geçiş de uykusuzluk sıklığının arttığını fakat postmenopozal dönemde farklılığın olmadığını bulmuştur.

Kravitz ve ark. (2003) yaptığı çalışmada uyku güçlüğünün perimenopozal ve cerrahi postmenopozal kadınlarda en yüksek şiddette olduğunu bulmuşlardır.

Cheng ve ark (2008) yaptığı çalışmada postmenopozal grupta uyku problemlerinin en fazla görüldüğü, en az ise premenopozal kadınlarda görüldüğünü saptamıştır.

Çalışma bulgumuz Ohayan (2006), Young ve ark (2003), Chung ve Tang (2006), Shın ve ark. (2005), Kravitz ve ark. (2003), Cheng ve ark (2008) bulguları ile paralellik göstermektedir. Ancak Owens ve Matthews'in (1998) bulguları ile farklılık göstermektedir. Owens ve Matthews'in (1998) çalışmasında 42-50 yaş grubu olan ve daha çok premenopozal dönemdeki kadınları temsil etmesinden dolayı çalışma bulgumuzla farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Jinekolojik ameliyat geçiren kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.38 ± 5.64 , geçirmeyenlerin 9.01 ± 5.32 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3.4).

Çalışmamızda geçirilen jinekolojik ameliyatların çoğunluğu (%64.3) histerektomi ameliyatıdır (Tablo 4.1.3). Literatüre göre cerrahi menopozda vazomotor yakınmalar daha şiddetlidir (Atasü 2001; Selam ve Topçuoğlu 2004). Bu nedenle jinekolojik ameliyat olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının yüksek olması doğal bir sonuçtur. Nitekim Kravitz ve ark. (2003) yaptığı çalışma da uyku güçlüğünün perimenopozal ve cerrahi postmenopozal kadınlarda en yüksek şiddette olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgumuz Kravitz ve ark. (2003) çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir.

Hormon tedavisi alan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, tedavi almayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hormon tedavisi alma şekli ile KSİÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4). Hormon tedavisini 3 yıl ve daha az süre kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, 3 yıldan daha fazla süre tedavi görenlere göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4). Sarti ve ark (2005) İtalya'da yaptığı çalışmada hormon tedavisi alma şeklinin uyku kalitesini geliştirmesi üzerine farklılığının olmadığını bulmuştur. Bulgumuz Sarti ve arkadaşlarının (2005) bulgusuyla paralellik göstermektedir.

Literatüre göre hormon tedavisi vazomotor yakınmaları azaltarak kadınlarda uyku kalitesini artırmaktadır (Başer ve Taşkın 2002; Kantolo ve ark. 1998; Kantolo ve ark. 1999; Levine ve ark. 2005; Scharf ve ark. 1997; Menopoz. <http://tip.marmara.edu.tr> 2007; Owens ve Matthews 1998; Sarti ve ark. 2005). Çalışma bulgumuzda ise bunun tam aksine hormon tedavisi alanlarda KSİÜÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışmamızda hormon tedavisi kullanma oranının diğer çalışmalara göre düşük

bulunması ve kadınların akut dönemdeki vazomotor yakınmalar nedeniyle hormon tedavisi kullanıldığı göz önüne alınırsa KSİÜÖ puan ortalamasının yüksekliği anlaşılabilir. Bu düşüncemizi destekler nitelikte 3 yıl ve daha az süredir tedavi gören kadınlarda KSİÜÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı çıkmaya dahi yüksek bulunmuştur. Ülkemizde hormon tedavisinin uykusuzluk üzerine etkilerini belirleyen daha kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Kadınların BKİ, egzersiz yapma, egzersiz sıklığı, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, kahve ve çay içme miktarı ile KSİÜÖ puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.3.5). Shın ve ark. (2005) yaptığı çalışmada uykusuzluk ile BKİ arasında ilişki bulmamıştır. Kantolo ve ark. (1998) 63 postmenopozal kadın üzerinde yaptığı çalışmada BKİ, egzersiz yapma ve egzersiz sıklığı ile uykusuzluk arasında ilişki bulunmamıştır. Çiftçi ve Köktürk'ün (2004) 73 kişi üzerinde yaptığı çalışmada alınan kafeinli içeceklerin uyku yeterliliği üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucu çıkmıştır. Çalışma bulgumuz Shın ve ark. (2005), Kantolo ve ark. (1998) ve Çiftçi ve Köktürk'ün (2004) çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Kafein; çay, kahve, kola, kakao gibi içeceklerde ve bazı analjezik ilaç preparatlarında bulunur. Örneğin çayda 25-50mg / 150 ml, kahvede 60-80 mg / 150ml, kolada 40-60 mg /330 ml kafein vardır. Kafein, toplam uyku süresini kısaltır, uykuya dalma süresini uzatır, evre 3-4 ve REM'i kısaltır. Ancak bu etkilere yol açması için genellikle gecenin ilerleyen saatlerinde alınması ya da günlük dozun 500 mg'ı geçmesi gerekmektedir (Ay ve ark. 2007; Çiftçi ve Köktürk 2004; Derman 2001; Kara ve Yetkin 1997). Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınlarda alınan kafein miktarı ve zamanının uyku üzerine etkisini daha ayrıntılı inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Depresyonu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 11.52 ± 5.14 , depresyonu olmayanların 7.28 ± 4.78 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.3.5).

Levine ve ark (2003b) yaptıkları çalışmada Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ile yapılan ölçümde depresyon puanı en yüksek olan kadınlarda KSİÜÖ puan ortalaması 10.3 bulunmuş ve depresyon puanı arttıkça KSİÜÖ puanının da arttığı saptanmıştır.

Owens ve Matthews (1998) yaptığı çalışmada kötü uyku ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada BDÖ puanına göre depresyonu olan kadınlarda uykusuzluk daha fazla bulunmuştur.

Kravitz ve ark. (2003) yaptığı çalışmada depresyon ile uykusuzluk arasında ilişki bulunmuştur.

Bromberger ve ark. (2001) yaptığı çalışmada psikolojik sorunları olan kadınlarda uyku güçlüğüne daha fazla olduğu saptanmıştır.

Shaver ve Paulsen'in (1993) 135 perimenopozal kadın üzerinde yaptığı çalışmada uyku problemi ile psikolojik distress arasında ilişki bulunmuştur.

Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların uyku kalitesi ile depresyon arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Çalışma bulgumuz Levine ve ark (2003b), Owens ve Matthews (1998), Shin ve ark. (2005), Kravitz ve ark. (2003), Bromberger ve ark. (2001), Shaver ve Paulsen (1993) ve Cheng ve ark. (2008) çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Kronik hastalığı olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 10.17 ± 5.57 , kronik hastalığı olmayan kadınların puan ortalaması 8.36 ± 5.07 'dir. Kronik hastalığı olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.3.5). Levine ve ark (2003b) yaptıkları çalışmada kadınların sağlık durumları bozuldukça KSİÜÖ puan ortalamalarının arttığını bulmuşlardır.

Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada fiziksel hastalığı olan kadınlarda uykusuzluğun daha fazla olduğu bulunmuştur. Kronik rahatsızlığı olan kadınlarda uyku kalitesini etkileyebilecek yakınmaların olmasından dolayı KSİÜÖ puan ortalamasının yüksek olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonucumuz Levine ve ark (2003b) ve Shin ve ark. (2005) çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Kadınlarda psikiyatrik hastalığı olan ve ilaç kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının psikiyatrik hastalığı olmayanlara ve ilaç kullanmayanlara oranla daha yüksek olduğu ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.3.5).

Bu bulgulara göre kronik hastalığı ve depresyonu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının yüksek olması sonucu psikiyatrik hastalığı olan ve ilaç kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile MÖYKÖ vazomotor ve psikososyal alan puan ortalaması arasında zayıf, fiziksel alan puan ortalaması arasında orta düzeyde, cinsel alan puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$)(Tablo 4.3.6).

Menopoz dönemindeki kadınların yaklaşık olarak % 75-80'inin yaşadığı sıcak basması-gece terlemesi en önemli ve baş edemedikleri sorunlar içinde yer almaktadır. Bir çok çalışmada vazomotor semptomlar arttıkça uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır (Cheng ve ark. 2008; Hot Flashes; Severe hot flashes may be linked to chronic sleep problems. 2006; Levine ve ark. 2005; Ohayan 2006; Kravitz ve ark. 2003). Uyku bireyin en temel gereksinimlerinden biridir. Uykusuzluk beraberinde yorgunluk, bitkinlik ve bireyin her alanda yetersizlik hissi duymasına neden olacak bir durumdur. Dolayısıyla menopoz dönemindeki çoğu kadının bu durum ve duyguyu yaşamasından dolayı yaşam kalitesi bozulmaktadır (Ay ve ark. 2007; Başer ve Taşkın 2002). Nitekim çalışmalara göre uykusuzluk ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Başer ve Taşkın 2002; Karaçam ve Şeker 2007; Kravitz ve ark. 2003; Lai ve ark. 2006). Kadını bütüncül ele alan hemşirelik mesleği, yaşam kalitesini artırmak için etkileyen bu faktörlere yönelik hemşirelik girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır.

5.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik Özelliklere ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Kadınların MÖYKÖ'nün alt alanlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alan puan ortalaması 4.19 ± 1.96 iken, psikososyal alan puan ortalaması 3.74 ± 1.62 , fiziksel alan puan ortalaması 4.16 ± 1.23 , cinsel alan puan ortalaması 3.87 ± 2.09 'dir (Tablo 4.4.1). Kharbouch ve Şahin'in (2007) yaptığı çalışmada MÖYKÖ vazomotor alan puan ortalaması 4.44 ± 1.59 , psikososyal alan puan ortalaması 3.85 ± 1.68 , fiziksel alan puan ortalaması 4.23 ± 1.25 , cinsel alan puan ortalaması 4.55 ± 2.30 'dir. Soares ve ark. (2006) 410 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların MÖYKÖ'nin vazomotor alan puan ortalaması 4.0 ± 2.0 , psikososyal alan puan ortalaması 3.0 ± 1.5 , fiziksel alan puan ortalaması 3.3 ± 1.3 , cinsel alan puan ortalaması 2.8 ± 2.1 'dir. Çalışma sonucumuz Kharbouch ve Şahin'in (2007), vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalamaları ile paralellik gösterirken, cinsel alan puan ortalamasından düşük bulunmuştur. Bulgumuz Soares ve ark. (2006) yaptığı çalışma sonuçlarıyla vazomotor ve

psikososyal alan puanları benzerlik gösterirken, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamalarından yüksek çıkmıştır.

Depresyonu olan kadınların MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel, cinsel alan puan ortalaması, olmayan kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.4.2). Depresyona neden olan faktörlerde ruhsal, toplumsal ve biyolojik birçok etken vardır. Yaşam kalitesi ise bireyin hem fiziksel, hem de psikososyal fonksiyonları açısından tam bir iyilik halinde olması anlamına gelmektedir. Aynı zamanda kişinin hayattan beklenti ve umutlarının ne oranda gerçekleştiğiyle de yakından ilgilidir. Yaşam kalitesi ve depresyon subjektif olarak ölçülebilmektedir (Keskinoglu ve ark. 2006; Kharbouch ve Şahin 2007). Bu nedenle depresyonu olan kadınların yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen ve literatürle uyumlu bir sonuçtur. Hemşirelerin kadınların yaşam kalitelerini artırmak için öncelikle yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptayıp, ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunması gerekmektedir.

Kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamalarının dağılımına baktığımızda; Kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3). 45-49 yaş grubu kadınların MÖYKÖ puan ortalaması, 50-54 ve 55-59 yaş grubu kadınlar puan ortalamalarına göre düşük bulunmuştur. Farklılığın 45-49 yaş grubu kadınlar ile, 50-54 ve 55-59 yaş grubu kadınlar arasında olduğu bulunmuştur.

Kharbouch ve Şahin'in (2005) yaptığı çalışmada sadece MÖYKÖ vazomotor ve fiziksel alan puanı ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Farklılığın puanı diğerlerine göre düşük olan 45-49 yaş grubu kadınlar ile, 50-54 ve 55-59 yaş grubu kadınlar arasında olduğu saptanmıştır.

Chen ve ark. (2008) menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini MÖYKÖ ile değerlendirmiş ve yaş ile vazomotor ve cinsel alan puan ortalamasında artış saptamışlardır.

Çalışma bulgumuz, Chen ve ark. (2008) bulgusuyla ve Kharbouch ve Şahin'in (2007) vazomotor ve fiziksel alan puan ortalaması ve farklılığı yaratan grup açısından benzerlik göstermektedir. Çalışmada artan yaş ile birlikte vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puanlarının da artması bu alanlarda yaşam kalitesinde düşüş olduğunu

göstermektedir. Çalışmamızda artan yaş ile birlikte KSIÜÖ puan ortalamasının da artması uykusuzluk probleminin yaşam kalitesini azalttığı bulgusunu doğrular niteliktedir.

Kadınların mesleklerine göre MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ev hanımı ya da çalışmayan kadınların fiziksel alan puan ortalaması 4.11 ± 1.21 , çalışanların 4.52 ± 1.28 olup aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 4.4.3). Başer ve Taşkın'ın (2002) yaptığı çalışmada çalışan kadınların yaşam kalitesinin çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucumuz Başer ve Taşkın'ın (2002) çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir.

Öğrenim görmeyen kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalaması öğrenim durumu arttıkça azalmakta ve istatistiksel olarak da fark anlamlı bulunmaktadır ($p<0.05$). Öğrenim durumu ile cinsel alan puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.3). Kadının eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi vazomotor, psikososyal ve fiziksel olarak artmaktadır.

Kharbouch ve Şahin'in (2005) yaptığı çalışmada MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan puanı ile öğrenim durumu arttıkça MÖYKÖ puan ortalamaları azalma göstermiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Öğrenim durumu ile cinsel alan puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Özkan ve ark (2005) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Yurdakul ve ark. (2007) yaptığı çalışma da yaşam kalitesi ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışma sonucumuz Özkan ve ark. (2005) ve Kharbouch ve Şahin'in çalışma sonucuyla paralellik gösterirken Yurdakul ve ark. (2007) çalışma sonucuyla farklılık göstermektedir.

Kadınların medeni durumu ve gelir durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kharbouch ve Şahin'in (2007) yaptığı çalışmada MÖYKÖ vazomotor, fiziksel ve cinsel alan puanı ile medeni durum arasında, MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel

ve cinsel alan puan ortalaması ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Yurdakul ve ark. (2007) yaptığı çalışma da yaşam kalitesi ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Başer ve Taşkın'ın (2002) yaptığı çalışmada çalışan kadınların gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur.

Çalışma sonucumuz Kharbouch ve Şahin (2007) ve Yurdakul ve ark. (2007) çalışma sonucuyla paralellik gösterirken Başer ve Taşkın'ın (2002) çalışma sonucuyla farklılık göstermektedir.

Kadınların günlük ortalama uyku süresi arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları azalmakta sonuç olarak yaşam kaliteleri artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.4).

Uykusuzluk problemi olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları, uykusuzluk problemi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.4.4). KSİÜÖ puan ortalaması ile MÖYKÖ'nin vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamalarının karşılaştırılmasında da aynı derecede önemli bir ilişki saptanmıştır.

Horlama alışkanlığı olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalaması, olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Cinsel alan puan ortalaması ile horlama alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.4). Uyku süresince oluşan üst hava yolu tıkanıklığının asıl semptomudur. Horlama, uyku sırasında artmış hava yolu direncini gösterir ve uykuda görülen hemen hemen tüm sorunların ortak görünümüdür (Özgen 2001; Şahin 2006). Uyku bozuklukları tedavi edilmediğinde uyku kalitesinde bozulma, depresyon, kalp yetmezliği gibi günlük yaşamı olumsuz etkileyen durumlara neden olabilir. Sonuç olarak horlama bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler (Kutlutürkan ve Görgülü 2005). Çalışmamızda horlaması olan kadınların olmayanlara göre yaşam kalitesinin düşük çıkması literatürle paralellik göstermektedir.

Gün içerisinde uykusuzluk yaşayan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalaması, yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Cinsel alan puan ortalaması ile gün içerisinde

uykusuz olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.4).

Gün içerisinde kadınların uykusuzluk yaşama sıklıkları arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları da artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.4). Uyku bireyin en temel gereksinimlerinden biridir. Uykusuzluk beraberinde yorgunluk, bitkinlik ve bireyin her alanda yetersizlik hissi duymasına neden olacak bir durumdur. Gün içerisinde uykusuzluk yaşama ve yaşadığı uykusuzluğun sıklığındaki artış kadınların uykusuzluk problemini yaşama yoğunlunu göstermektedir. Bu nedenle uykusuzluğu yaşama sıklığı arttıkça yaşam kalitesi bozulmaktadır (Başer ve Taşkın 2002; Kutlutürkan ve Görgülü 2005) Bulgumuz literatür bilgisiyle paralellik göstermektedir.

5.5. Kadınların Uykusuzluk Problemi İle İlişkili Risk Faktörlerinin İleri Analizine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Tek yönlü analizlerde uykusuzluk problemi ile ilişkili bulunan bağımsız değişkenlerin, birlikte etkisini görmek için Backward Stepwise lojistik regresyon analizi sonucunda uykusuzluk gelişme riski; perimenopoz dönemde olanların premenopoz dönemde olanlara göre 2.4 kat, hormon tedavisi alanların almayanlara göre 1.7 kat, fiziksel hastalığı olanların olmayanlara göre 1.5 kat, depresyonu olanların olmayanlara göre 3.9 kat daha fazla olduğu ve yaştaki bir birimlik artışın uykusuzluğu 1.04 kat artırdığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5.1).

Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada, uyku güçlüğünü yüksek düzeyde somatik şikayetlerin, psikolojik semptomların ve algılanan stresin 4 ile 6 kat arasında artırdığı bulunmuştur.

Shin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada backward stepwise lojistik regresyon analizi sonucunda, yaş, depresyon ve menopozal durum ile uykusuzluk arasında ilişki bulunmuştur.

Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada lojistik regresyon analizi sonucunda eğitim ve depresyon puanının uyku kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Kravitz ve ark. (2003) yaptığı çalışmada kadınların uyku güçlüğü ile ilişkili faktörler arasında yaptığı ileri analizi sonucunda menopozal durum, etnik köken,

vazomotor ve psikolojik semptomlar, sağlık durumu, sağlık davranışı, artrit ve eğitimin uyku glyle ilişkisinin olduğunu bulmuştur.

Çalışma bulgumuz ile Chung ve Tang (2006) ve Shin ve ark. (2005) alışma bulgusuyla tamamen benzerlik gösterirken, Cheng ve ark. (2008) alışmasındaki depresyon ve Kravitz ve ark. (2003) alışmasındaki psikolojik semptomlar ve sağlık durumu açısından benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda uykusuzluğu bir çok faktörün etkileyebildiğini söyleyebiliriz. Bunun yanı sıra depresyon ve sağlık durumu uykusuzluk sıklığını etkileyen en önemli faktörlerdendir.

6. SONUÇ

Çalışma ülkemizdeki menopozal dönemlerdeki kadınların uyku sorunları, sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan kesitsel (cross-sectional) tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma aynı evrende fakat farklı iki örneklem grubunda yapılmıştır. Birinci aşamada “Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği- KSİÜÖ (Women’s Health Initiative Insomnia Rating Scale) ” nin Türkçe dil geçerliği ve geçerlik güvenirliği saptanmıştır.

İkinci aşamada toplam 887 kadın ile çalışma yürütülmüştür. Çalışma sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

6.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

* Kadınların yaş ortalamaları 50 olup, çoğunluğunun ev hanımı, evli, okur yazar-ilkokul mezunu olduğu olup, gelirleri giderlerinden az olduğu görülmektedir. Kadınların aylık gelir ortalaması 709 ± 428.49 ’dir (Tablo 4.1.1).

* Kadınların menopoz yaşı 48.16 olup, menopoz yılı ortalaması 4.50’dir. Çoğu postmenopozal dönemde olup, % 60.4’ü 5 yıldan daha az süredir postmenopozal dönemdedir. Aynı zamanda kadınların % 10.3’ü hormon tedavisi almakta, % 11’i ise jinekolojik ameliyat geçirmiştir. Kadınların toplam gebelik sayısı 5.13, doğum sayısı 4.04, düşük sayısı 1.72 ve kürtaj sayısı 1.67’dir (Tablo 4.1.2).

* Kadınların geçirdiği jinekolojik ameliyatlara çoğunluğu histerektomi ameliyatı olmuş, ameliyat olan kadınların % 62.2’si 3 yıl ve daha fazla süredir ameliyat olmuştur (Tablo 4.1.3).

* Hormon tedavisi alan kadınların çoğunluğu oral hormon tedavisi görmektedir. Kadınların %86.8’i 3 yıldan daha az süredir tedavi görmektedir (Tablo 4.1.4).

* Çalışmaya katılan kadınların fiziksel hastalık durumu incelendiğinde kadınların % 45.3’ünün fiziksel hastalığının olduğu görülmektedir. Kadınların sırasıyla en fazla kardiyolojik, psikiyatrik, diyabet hastalığı vardır. Kadınların yaklaşık yarısı (% 45.1) düzenli ilaç kullanmaktadır. Kadınların kullandıkları ilaçlar sırasıyla kardiyolojik, diyabetik ve depresyon ilacıdır (Tablo 4.1.5).

- * Kadınların BDÖ puan ortalaması 16.33 ± 9.44 'dir. Kadınların yaklaşık yarısının depresyon puanı yüksek çıkmıştır (Tablo 4.1.6).
- * Kadınların BKİ ortalamasının 27.74 olduğu ve % 28.2'sinin BKİ 25 veya üzerindedir. Araştırma kapsamındaki kadınlarda egzersiz yapma oranı (%26.4) azdır
- * Araştırma kapsamına alınan kadınlarda sigara içme oranı azdır. Kadınların çoğu günde hiç kahve içmezken, kadınları neredeyse tamamı günde en az bir bardak çay içmektedir (Tablo 4.1.8).
- * Kadınların yarıdan fazlası 1-10 adet arasında sigara içmektedir (Tablo 4.1.9).
- * Egzersiz yapan kadınların yarıdan fazlası (% 69.2) haftada 3'ten fazla egzersiz yapmaktadır (Tablo 4.1.10).

6.2. Kadınların Uyku Alışkanlıkları ve Uykusuzluğa İlişkin Sonuçlar

- * Kadınların günlük uyku süresi ortalaması 7.23 saat olup, çoğu günde 6-7 saat uyumaktadır. Kadınların yarıdan fazlasının geçmişteki uyku alışkanlıklarıyla şimdiki uyku alışkanlıkları arasında fark olmuştur. Buna paralel olarak da çoğu kendini gün içerisinde uykusuz hissetmektedir. Kadınların % 54 ile yarıdan fazlasının uykusuzluk probleminin, kendi ifadelerine göre % 40'ının horlama alışkanlığının olduğu saptanmıştır.
- * Kadınların tamamına yakını (% 85.2) geçmişe göre şimdi daha az uyduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.2).
- * Kadınların uykusuzluk problemine ilişkin bildirdikleri en önemli iki nedenler, sırasıyla stres, ateş basması ve gece terlemesidir (Tablo 4.2.3).
- * Kadınların % 40.9'u uykusuzluk problemleri için önlem almakta, aldıkları önlemler sırası ile süt içme, yoğurt yeme, banyo yapma ve ilaç almadır.
- * Kadınların yarıdan fazlası haftada 3'ten daha fazla sıklıkta horlamak, çoğunluğu gün içerisinde 3-4 kez kendini uykusuz hissetmektedir.

6.3. Kadınların Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının, Sosyo-Demografik Özelliklerine, Uyku Alışkanlıklarına, Jinekolojik ve Obstetrik Değişkenlerine, Genel Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışların ve MÖYKÖ Alt grup Puanlarına Göre Sonuçlar

- * Çalışmaya katılan kadınların kadın sağlığı inisiyatifi uykusuzluk ölçeği puan ortalaması 9.18'dir. Kadınların yaşı arttıkça KSİÜÖ puan ortalaması artmaktadır. Yaş grupları ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki bulunmuş, farklılık 45-49 ve 50-54 yaş grupları arasında saptanmıştır ($p < 0.001$).
- * Öğrenim düzeyi arttıkça KSİÜÖ puan ortalaması azalmaktadır. Çalışmamızda öğrenimi olmayan kadınlar en yüksek, üniversite mezunu olan kadınlar ise en düşük KSİÜÖ puan ortalamasına sahiptir. Aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.01$).
- * Kadınların mesleği, medeni durumu ve gelir durumu ile KSİÜÖ'nin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).
- * Kadınların günlük uyku süresi arttıkça KSİÜÖ puan ortalaması azalmaktadır. Uyku saatleri ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak da anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).
- * Uykusuzluk problemi olanların, olmayanlara, uykusuzluk problemi için önlem alan kadınların, önlem almayanlara göre KSİÜÖ puanı daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).
- * Kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları ile horlama alışkanlığı ve horlama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).
- * Gün içerisinde uykusuz olan kadınların, uykusuz olmayanlara göre KSİÜÖ puanı artmaktadır. Benzer şekilde gün içerisinde uykusuzluk sıklığı arttıkça KSİÜÖ puan ortalaması da anlamlı şekilde artmaktadır. Aradaki ilişki her iki grup içinde ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$).
- * Premenopozal dönemdeki kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlara göre düşük bulunmuştur. Farklılığın premenopoz ile perimenopozal dönem arasında, ayrıca premenopoz ile postmenopoz dönem kadınlar arasında olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

* 5 yıldan daha az süredir postmenopozal dönemde olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, 5 yıl ve üzerinde postmenopozal dönemde olan kadınlara göre yüksek bulunmuştur ($p>0.05$).

* Jinekolojik ameliyat geçiren kadınların, geçirmeyenlere, hormon tedavisi alan kadınların, tedavi almayanlara göre KSİÜÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hormon tedavisi alma şekli ile alma süresi ile KSİÜÖ puan ortalaması açısından ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların hormon alma süre ortalaması 20.49 aydır.

* Kadınların BKİ, egzersiz yapma, egzersiz sıklığı, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, kahve ve çay içme miktarı ile KSİÜÖ puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

* Depresyonu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 11.52 ± 5.14 , depresyonu olmayanların 7.28 ± 4.78 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

* Kronik hastalığı, psikiyatrik hastalığı olan ve ilaç kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması, kronik hastalığı, psikiyatrik hastalığı olmayanlara ve ilaç kullanmayanlara göre yüksektir ($p<0.001$).

* Kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile vazomotor alan puan ortalaması, psikososyal alan puan ortalaması ile zayıf, fiziksel alan puan ortalaması ile orta düzeyde, cinsel alan puan ortalaması ile çok zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

6.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik Özelliklere ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Sonuçlar

* Çalışmaya katılan kadınların MÖYKÖ'nin vazomotor alan puan ortalaması 4.19 ± 1.96 , psikososyal alan puan ortalaması 3.74 ± 1.62 , fiziksel alan puan ortalaması 4.16 ± 1.23 , cinsel alan puan ortalaması 3.87 ± 2.09 'dir.

* Depresyonu olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalaması, olmayan kadınlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

* Kadınların yaş grupları ile MÖYKÖ'nin vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları incelendiğinde 45-49 yaş grubu kadınların puanlarının 50-54 ve

55-59 yaş grubu kadınlara göre genelde düşük olduğu, farklılığın 45-49 yaş grubu kadınlardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$).

* Kadınların mesleklerine göre vazomotor, psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ev hanımı ya da çalışmayan kadınların fiziksel alan puan ortalaması 4.11 ± 1.21 , çalışanların 4.52 ± 1.28 olup aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

* Kadınların öğrenim durumlarına göre vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalaması arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrenim durumu ile cinsel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

* Kadınların medeni durumu ve gelir durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

* Kadınların günlük ortalama uyku süresi arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları azalmaktadır ($p<0.05$).

* Uykusuzluk problemi olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları, uykusuzluk problemi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

* Horlama alışkanlığı olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalaması olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Horlama alışkanlığı ile cinsel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

* Gün içerisinde uykusuzluk yaşayan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalaması yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Gün içerisinde uykusuzluk yaşama ile cinsel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

* Gün içerisinde uykusuzluk yaşayan kadınların uykusuzluk sıklıkları arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları da artmaktadır ($p<0.05$).

6.5. Kadınların Uykusuzluk Problemi İle İlişkili Risk Faktörlerinin İleri Analizine İlişkin Sonuçlar

Lojistik regresyon analizi sonucunda uykusuzluk gelişme riski; perimenopoz dönemde olanların premenopoz dönemde olanlara göre 2.4 kat, hormon tedavisi alanların almayanlara göre 1.7 kat, fiziksel hastalığı olanların olmayanlara göre 1.5 kat, depresyonu olanların olmayanlara göre 3.9 kat daha fazla olduğu ve yaştaki bir birimlik artışın uykusuzluğu 1.04 kat artırdığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, menopozal döneme geçişte kadınların yüksek oranda uykusuzluk problemi yaşadığı, uykusuzluğun en önemli iki nedeninin stres, ateş basması ve gece terlemesi olduğu ve yaşanan uykusuzluk yakınmasının menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini bozduğunu göstermiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, şu önerilerde bulunabiliriz;

- * Sağlık personeli tarafından özellikle perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların uykusuzluk yakınmalarının sorgulanması,
- * Bu dönemdeki kadınların yaşam kalitesini artırmak için uykusuzluk yakınmalarının ele alınması ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- * Uykusuzluk yakınmasına neden olan (stres, ateş basması ve gece terlemesi) faktörlere yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- * Tıp, hemşirelik ve ebelik eğitiminde uykunun yaşam kalitesi ve menopozal dönem ile ilişkisinin vurgulanması,
- * Depresyonun ve herhangi bir fiziksel hastalığın uykusuzluk yakınmasına neden olduğu bulgusu doğrultusunda kadınlarda öncelikle depresyon ve fiziksel hastalığın incelenmesi ve tedavi edilmesi,
- * Televizyon, radyo gibi medya ve kitle iletişim araçları ile uyku hijyeni ile ilgili genel ilkeler konusunda kadınların bilinçlendirilmesi,
- * Uykusuzluğu etkileyen faktörlerden beslenme ve HRT tedavisi arasındaki ilişkinin daha detaylı incelenmesi,
- * Menopozal dönemde uykusuzluk problemi olan kadınlara yönelik hemşirelik girişiminin etkinliğini inceleyen çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ağargün, M.Y., Kara, H., Anlar, O. (1996) Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7,107-15.
2. Ağargün, M.Y., Çilli, A.S., Kara, H., Bilici, M., Telcioğlu, M., Semiz, Ü.B. ve ark. (1999) Epworth uykululuk ölçeği'nin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*,10, 261-278.
3. Akdemir, N., Birol, L. (2003) *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Vehbi Koç Vakfı. (1. Baskı). İstanbul.
4. Akgül, A. (1997). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*. SPSS uygulamaları. Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
5. Aksayan, S. ve Gözüm, S. (2002) Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1), 9-14.
6. Alexander, J.L., Neylan, T., Kotz, K., Dennerstein, L., Richardson, G. and Rosenbaum, R. (2007) Assessment and treatment for insomnia and fatigue in the symptomatic menopausal woman with psychiatric comorbidity. *Expert Rev. Neurotherapeutics*, 7 (11), 139-154.
7. Altıntaş, H., Sevcen, F., Aslan, T., Cinel, M., Çelik, E. ve Onurdağ, F. (2006) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. *STED*,15(7),114-119.
8. American Medical Association (2007) American medical association officials describe recent developments. *Nursing Home & Elder Business Week*. Atlanta, 313.
9. Atasü, T. (2001) Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisinin Tarihçesine Bir Bakış. T. Atasü (Ed.), *Menopoz-Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitapevleri, 1-12.
10. Atasü, T. ve Gezer, A. (2001) Menopoz: Tanım ve Terminoloji. T. Atasü (Ed.), *Menopoz-Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitapevleri, 13-26.
11. Atasü, T. ve Tekin, H.İ. (2001) Menopozun Semptomları. T. Atasü (Ed.), *Menopoz-Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitapevleri, 95-108.

12. Ay, F.A., Ertem, Ü.T., Özcan, N.K., Güneş, B., Işık, R.D. ve Savran, S. (2007) *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul.
13. Aydın, H., Karacan, İ. (1998) Uyku ve Psikofizyolojik Süreçler. *Psikiyatri Temel Kitabı*.
14. Başer, M. ve Taşkın, L. (2002) Hormon replasman tedavisinin yaşam kalitesine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*.
15. Birsen, C. (2001) Depresyonun psikolojik değerlendirilmesi. *Duygudurum Dizisi*, 4,192-197.
16. Breus, M. (2003) Menopause and sleep.
<http://www.webmd.com/content/Article/64/72427.htm>.
17. Bromberger, J.T., Meyer, P.M., Kravitz, H.M., Sommer, B., Cordal, A., Powell, L., Ganz, P.A. and Tyrrell, K.S. (2001) Psychologic distress and natural menopause: A multiethnic community study. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1435-1442.
18. Büyüköztürk, Ş. (2007) *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Pegem Yayıncılık.
19. Ceyhun, B. (2001) Depresyonun Psikolojik Değerlendirmesi. *Duygudurum Dizisi*, 4,192-197.
20. Chen, Y., Lin, S.Q., Wei, Y.W., Gao, H.L., Wang, S.H. and Wu, Z.L. (2008) Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause*, 15(1), 144-149.
21. Cheng, M.H., Hsu, C.Y., Wang S.J.W., Lee, S.J., Wang, P.H. and Fuh, J.L. (2008) The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause*,15(5).
22. Chung, KF., Tang, Mİ. (2006) Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women. *Maturitas*, 53, 396-404.
23. Çelik, Ç., Özkan, İ., Albeni, H., Acar, A., Akyürek, C. (2002) Postmenopozal dönemdeki kadınlarda hormon replasman tedavisinin ruhsal belirtiler üzerine etkisi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 16, 26-30.

24. Çiçek, M., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. (2004) *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara, Güneş Kitabevi, 1163-1180.
25. Çiftçi, T.U., Köktürk, O. (2004) Uyku laboratuvarında uyku yeterliliğini etkileyen faktörler. *Akciğer Arşivi*, 5,135-138.
26. Derman, S. (2001) Menopoz ve Uyku Bozuklukları. T. Atasü (Ed.), *Menopoz-Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitabevleri, 137-148.
27. Ertekin, Ş., Doğan, D. (1999). Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi*. Erzurum, 222-227.
28. Ertüngealp, E., Seyisoğlu, H. (1996) Klimakterium ve Menopoz. H.A. Kışnişçi ve ark. (ed.), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Kitabevi. Ankara, 1319-1351.
29. Ertuğrul, A., Rezaki, M. (2004) Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*,15(4),300-308.
30. Evlice, Y.E., Tamam, L., Karataş, G. (2002) Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1 (3), 108-112.
31. Freedman, R.R. (2005). Hot flashes: Behavioral treatments, mechanisms, and relation to sleep. *The American Journal of Medicine*, 118 (12),1245-1305.
32. Gözüm, S., Aksayan, S. (2003) Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.
33. Hisli, N., (1988), Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22,118-126.
34. Hot Flashes; Severe hot flashes may be linked to chronic sleep problems. (2006). *Obesity, Fitness&Wellness Week*, 22,1386.
35. Jones, C.R., Czajkowski, L. (2000) Evaluation and management of insomnia in menopause. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 43 (1),184-197.
36. Kantola, PP., Erkkola, R., Helenius, H., Irjala, K., Polo, O. (1998) When does estrogen replacement therapy improve sleep quality? *Am J Obstet Gynecol*, 178 (5), 1002-1009.

37. Kantola, PP., Erkkola, R., Irjala, K., Pullinen, S., Virtanen, I., Polo, O. (1999) Effect of short-term transdermal estrogen replacement therapy on sleep: a randomized, double-blind crossover trial in postmenopausal women. *J Obstet Gynecol Surv.*54(9),581-582.
38. Kara, M., Yetkin, A. (1997) Hastanede yatan hastaların uyku ile ilgili sorunları ve hemşirelerin bu soruna ilişkin tutumları. V. *Ulusal Hemşirelik Kongresi*. Erzurum, 163-176.
39. Karaçam, Z., Şeker, S.E. (2007) Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*, 58, 75-82.
40. Karadağ, M. (2007) Uyku bozuklukları sınıflaması. *Akciğer Arşivi*, 8, 88-91.
41. Karadağ, M., Ursavaş, A. (2007) Dünyada ve Türkiye’de uyku çalışmaları. *Akciğer Arşivi*, 8,62-66.
42. Karpuz, H. (2001) Menopoz ve Kardiyovasküler Hastalıklar. T. Atasü (Ed.), *Menopoz-Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitapevleri, 265-274.
43. Keskinoglu, P., Özkul, Ö., Ayan, R., Norgaz, G., Giray, H., Kılıç, B. (2006) İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesi’nde 50-54 yaş arası kadınlarda menepoz durumu ile diğer etmenlerin depresyon görülme sıklığına etkisi. *STED*,15, 31-36.
44. Kharbouch, S.B. ve Şahin, N.H. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 15(59), 82-90.
45. Kutlutürkan, S. ve Görgülü, Ü. (2005). Uyku apne sendromu ve cinsel sağlık. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Dergisi*, 1(2), 60-65.
46. Kocaman, G., Kubilay, G., Seviğ, Ü. (2002) *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. İ. Erefe (Ed.). Odak Ofset. İstanbul.
47. Koptagel-İlal, G. (2001) Menopozun Ruhsal Yönleri. T. Atasü (Ed.), *Menopoz-Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitapevleri, 411-428.
48. Kravitz, H.M., Ganz, P.A., Bromberger, J., Powel, L.H., Tyrreell, K.S. and Meyer, MM. (2003). Sleep difficulty in women at midlife: A community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*, 10(1), 19-28.

49. Kripke, D.F., Brunner, R., Freeman, R., Hendrix, S.L., Jackson, R.D., Masaki, K., Carter, R.A. (2001). Sleep complaints of postmenopausal women. *Clinical Journal Of Women's Health*, 1(5), 244-252.
50. Lai, J.N., Chen, C.M., Chen, P.C., Wang, J.D. (2006) Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: Assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Climacteric*, 9, 119-128.
51. Levine, D.W., Kaplan, R.M., Kripke, D.F., Bowen, D.J., Naughton, M.J., Shumaker, S.A. (2003a). Factor structure and measurement invariance of the women's health initiatives insomnia rating scale. *Psychological Assessment*, 15 (2), 123-136.
52. Levine, D.W., Kripke, D.F., Kaplan, R.M., Lewis, M.A., Naughton, M.J., Bowen, D.J., Shumaker, S.A. (2003b). Reliability and validity of the Women's Health Initiatives Insomnia Rating Scale. *Psychological Assessment*, 15 (2), 137-148.
53. Levine, D.W., Dailey, M.E., Rockhill, B., Tipping, D., Naughton, M.J., Shumaker, S.A. (2005). Validity of the Women's Health Initiatives Insomnia Rating Scale in a multicenter controlled clinical trial. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 98-104.
54. Menopoz. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Okulu Yayınları 5. Erişim 2007, <http://tip.marmara.edu.tr>
55. Mishel, M.H. (1998). "Methodological Studies: Instrument Development": P.J. Brink. ve M.J. Mood (Ed.). *Advanced Design in Nursing Research*. 2 ed. Sage Publications. Thousand Oaks, 263.
56. Moe, K.E. (2004). Hot flashes and sleep in women. *Sleep Medicine*, 8, 487-497.
57. Moline, M.L., Broch, L., Zak, R., Gross, V. (2001) Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. *Sleep Medicine*, 7(2), 155-177.
58. Naçar, M., Baykan, Z., Poyrazoğlu, Z., Çetinkaya, F., Öztürk, A. (2007) Kayseri'de menopoz yaşı ve etkileyen faktörler. 11. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. İzmir.
59. Northrup, C. (2005) Beyninizi Beslemek: Uyku, Depresyon ve Bellek. F. Doruker (Ed.) *Menopoz Gerçeği*. Altın Kitaplar Yayınevi, 319-356.
60. Ohayan, M.M. (2006) Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Archives of Internal Medicine*, 26(12), 1262.

61. Omaç, M., Eğri, M. (2006) Malatya il merkezi hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde kesici-delici yaralanma durumu ve uykululuk düzeyleriyle ilişkisinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.*
62. Owens, J.F., Matthews, K.A. (1998). Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas.* 30, 41-50.
63. Öner, N. (1994). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı. *Boğaziçi Üniversitesi,* 21-22.
64. Özgen, F. (2001) Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası,* 5, 41-48.
65. Özgüven, İ.E. (1998) Psikolojik Testler. *Padrem Yayınları.* Ankara.
66. Özkan, İ., Çelik, Ç., Herken, H., Görkemli, H., Akyürek, C. (2001) Postmenopozal dönemdeki kadınlarda ruhsal belirti ölçek ve tarama listeleri. *T Klin Jineköl Obst,*11, 152-154.
67. Özkan, S., Alataş, E.S, Zencir, M. (2005). Women’s quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research,* 14, 1795-1801.
68. Öztürk, L., Vardar, S.A., Bulut, E., Kurt, C. ve Yaprak, M. (2006) Tam ve kısmi uyku yoksunluğunda vücut sıcaklığı ve uykululuk düzeyi arasındaki ilişki. *Trakya Üniv. Tıp Fak Dergisi,* 23(2), 88-94.
69. Öztürk, M.O. (2004) Uyku Bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Nobel Tıp Kitabevleri, 64-65.
70. Parry, B.L., Martinez, L.F., Maurer, E.L., Lopez, A.M., Sorenson, D., Meliska, C.J. (2006). Sleep, rhythms and women’s mood. Part II. *Menopause. Sleep Medicine,*10, 197-208.
71. Partinen, M., Gislason, T. (1995). Basic Nordic Ouestionnaire (BNSQ): a puantitated measure of subjective sleep complaints. *J Sleep Res.* 4(1), 150-155.
72. Pernoll M.L.(1994) Menopoz ve Post Menopoz. *Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi:* Ö. Tülin (Çev.). Cilt II. Sistem Yayıncılık Mat. San. Tic. A.Ş. İstanbul, 1328-1357.
73. Regestein, Q.R. (2006). Hot flashes and sleep. *Menopause,* 13 (4), 549-552.

74. Roth, R., Drake, C. (2004) Evolution of insomnia: Current status and future direction. *Sleep Medicine Suppl*, 1, 23–30.
75. Sarti, C.D., Chiantera, A., Graziottin, A., Ognisanti, F., Sidoli, C., Mincigrucci, M. ve ark. (2005). Hormone therapy and sleep quality in women around menopause. *Menopause*, 12(5), 545-551.
76. Selam, B. ve Topçuoğlu, A., (2004) Menopozda hormon replasman tedavisi kullanımı ile ilgili tartışmalar ve güncel yaklaşım. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, 38-43.
77. Scharf, M.B., McDannold, M.D., Stover, R., Zaretsky, N., Berkowitz, DV. (1997) Effects of estrogen replacement therapy on rates of cyclic alternating patterns and hot-flush events during sleep in postmenopausal women: a pilot study. *Clinical Therapeutics*, 19 (2), 304-311.
78. Shaver, J.L., Paulsen, V.M. (1993) Sleep, psychological distress, and somatic symptoms in perimenopausal women. *The family practice research journal*, 13(4), 373-384.
79. Shin, C., Lee, S., Lee, T., Shin, K., Yi, H., Kimm, K. ve ark. (2005). Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 395-402.
80. Soares, C.N., Joffe, H., Rubens, R., Caron, J., Roth, T., Cohen, L. (2006) Eszopiclone in patients with insomnia during perimenopause and early postmenopause. *Obstet Gynecol*, 108, 1402-1410.
81. Şahin, N.H. (1998). *Bir Kilometre Taşı: Menopoz*. Çevik Matbaacılık. İstanbul.
82. Şahin, M. (2006) 14-17 Yaş arası lise öğrencilerinde uyku bozukluğu ve risk faktörlerinin sıklığının belirlenmesi. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul.
83. Taşkın, L. (2003) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (4. Baskı). Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
84. Tokuç, B., Kaplan, P.B., Balık, G.Ö. (2006) Trakya Üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4), 281-287.

85. Tortumluoğlu, G., Erci, B. (2003) Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.*
86. Tortumluoğlu, G. (2004) Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN:1303-5134. <http://www.insanbilimleri.com>
87. Tot, Ş. (2004) Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 5, 114-119.
88. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2003. Erişim 2007, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm>
89. Türkiye Nüfus İstatistikleri, Erişim: 24.07.2006, <http://www.die.gov.tr>.
90. Uptan, S. (1999) Klimakterik dönemdeki kadınların özbakım gücünün artırılmasında hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, *Doktora Tezi*, İstanbul.
91. Velioğlu, P. (1999) *Hemşirelikte Kavram ve Kuram*. Alaş Ofset. İstanbul.
92. Yılmaz, V., Oral, E., Tuştaş, E., Seyisoğlu, H., İdil, M., Ertüngealp, E. (2003). Menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda epidemiyolojik verilerin ve HRT hakkında yanıtların belirlenmesi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 17, 30-36.
93. Young, T., Rabago, D., Zgierska, A., Austin, D., Finn, L. (2003) Objective and subjective sleep quality in premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Sleep*, 26 (6), 667-672.
94. Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007) Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 187-193.

8. FORMLAR VE İZİNLER

8.1. EK 1: Bilgilendirilmiş Onay Formu

Araştırmanın Adı: Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Malatya ilinde yaşayan menopozal dönemlerdeki kadınların şikayetlerinin, uyku sorunlarının ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bilgiler anket formu ile toplanacaktır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak tamamen kişinin kendi isteğine bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır.

Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır.

Araştırmaya hiçbir baskı olmaksızın kendi isteğimle katıldığımı beyan ederim.

Katılımcının adı soyadı ve imzası:

Sorumlu Araştırmacı: Sermin TİMUR

Telefon: 0 536 967 66 34

8.2. EK 2: Katılımcı Bilgi Formu

Sıra No:

Tarih:

Ad Soyad:

1) Yaş.....

2) Mesleğiniz nedir?

() Ev hanımı

() Emekli

() Çalışıyor

() İşsiz

3) Medeni Durumunuz: (Birini Seçiniz)

Evli ()

Dul ()

Ayrı Yaşayan ()

Bekar ()

Boşanmış ()

Diğer ()

4) Eğitim Düzeyiniz (Birini Seçiniz)

() Okur yazar değil

() Okur yazar

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise veya eşdeğer

() Yüksekokul/Fakülte

5) Aylık Geliriniz?.....YTL

• Gelirim giderimden az ()

• Gelirim giderimi karşılıyor ()

• Gelirim giderimden fazla ()

6) Doğurganlık Öyküsü

Gebelik sayınız.....

Doğum Sayınız.....

Düşük Sayınız.....

Kürtaj Sayınız.....

7) Son adet tarihi.....

8) Hala adet görenler için: (birini seçiniz)

() Son üç ayda düzenli adet görüyorum

() En az 3 aydır adet görmüyorum ya da önceki üç ayda düzensiz adet görüyorum

() Hormon tedavisi almadan en az 12 ay adet görmüyorum ya da en az 6 ay önce yumurtalıklarım alındı.

9) Boyunuz..... Kilonuz..... BMİ:.....

10) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

() Evet Nedir.....

() Hayır

11) Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? (Geçmişte ya da şimdi)

() Evet Geçmişte () Şimdi () Nedir?.....

() Hayır

12) Herhangi bir jinekolojik ameliyat geçirdiniz mi?

() Evet () Hayır

Nedir?.....

Ne zaman?.....

13) Kullandığınız bir ilaç var mı?

() Evet Nedir.....

() Hayır

14) Düzenli egzersiz yapar mısınız?

() Evet

() Hayır

Cevabınız evet ise ne sıklıkla (Uygun olan seçeneği işaretleyiniz)

() Haftada 3'ten fazla () Haftada 3 ve daha az

15) Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet Ne kadar?.....tane/paket/gün

() Hayır

16) Günlük tüketilen kahve miktarı.....kahve fincanı/gün.

17) Günlük tüketilen çay miktarı.....çay bardağı /gün.

18) Son 4 haftada ortalama uykunuz.....saattir.

19) Geçmişteki uykunuz ile şimdiki uykunuz arasında fark var mı? Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

() Evet () Hayır

Cevabınız evet ise aşağıdakilerden size uygun olan seçeneği işaretleyiniz

() Geçmişte daha fazla uyurdum şimdi daha az uyuyorum

() Geçmiş ile şimdiki uykum arasında fark yok

() Geçmişte daha az uyurdum şimdi daha fazla uyuyorum

20) Uykusuzluk probleminiz var mı?

() Evet () Hayır

21) Evet ise sizce uykusuzluk probleminizin nedeni nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Ateş basması, gece terlemesi
- ☐ Stres
- ☐ Kullandığım ilaçlar
- ☐ Evde yalnız olmam
- ☐ Psikolojik problemler
- ☐ Diğer.....

22) Uykusuzluk problemini gidermek için önlem alıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Cevabınız evet ise ne tür önlemler alıyorsunuz?

- ☐ Süt içiyorum
- ☐ İlaç Alıyorum
- ☐ Banyo yapıyorum
- ☐ Diğer.....

23) Horlama alışkanlığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

24) Evet ise ne sıklıkla?

- ☐ Haftada 3'ten fazla
- ☐ Haftada 3 kez ve daha az

25) Gün içerisinde kendinizi uykusuz hissediyor musunuz?

- ☐ Evet (Evet ise haftada kaç kez.....)
- ☐ Hayır

26) Hormon tedavisi alıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

27) Ne kadar zamandır tedavi alıyorsunuz.....ay

28) Hormon tedavisi alma şekliniz

- ☐ Oral
- ☐ Transdermal
- ☐ Vajinal

8.3. EK 3: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği – KSIÜÖ (Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale)

Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale

These questions ask your sleep habits. Please mark *one* of the answers for each of the following questions. Pick the answer that best describes how often you experienced the situation in the past 4 weeks.

	No, not in past 4 weeks	Yes, less than once a week	Yes, 1 or 2 times a week	Yes, 3 or 4 times a week	Yes, 5 or more times a week
1. Did you have trouble falling asleep?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Did you wake up several times at night?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Did you wake up earlier than you planned to?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Did you have trouble getting back to sleep after you woke up too early?	☐	☐	☐	☐	☐

5. Overall, was your typical night's sleep during the past 4 weeks:

Very sound or restful	Sound or restful	Average quality	Restless	Very restless
☐	☐	☐	☐	☐

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği – KSIÜÖ

Bu sorulan sorular sizin uyku alışkanlıklarınız hakkındadır. Ölçekteki her bir sorunun cevabı için yalnızca 1'ini işaretleyiniz. Sizin son 4 haftadaki deneyimlerinizin sıklığını en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

	Hayır Son 4 hafta için değil	Evet En az haftada 1 kez	Evet Haftada 1 ya da 2 kez	Evet Haftada 3 ya da 4 kez	Evet Haftada 5 ya da daha fazla
1. Derin bir uykuya dalma sıkıntısı yaşadınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Geceleri sıkça uykudan uyanırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Planladığınızdan daha erken uyanıyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Erken uyandığınızda tekrar uykuya dalmada güçlük yaşıyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

5. Toplam olarak son 4 hafta içinde tipik gece uykunuz;

Çok deliksiz ya da dinlendirici	Deliksiz ya da dinlendirici	Orta kalitede	Rahatsız	Çok Rahatsız
☐	☐	☐	☐	☐

8.4. EK 4: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

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

Hiç rahatsız edici değil _____ Son derece rahatsız edici
0 1 2 3 4 5 6

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

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

8.5. EK 5: Beck Depresyon Ölçeği

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

1.	(a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. (b) Kendimi üzgün hissediyorum. (c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. (d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.	(a) Gelecekte umutsuz değilim. (b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum. (c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3.	(a) Kendimi başarısız görmüyorum. (b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. (c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum. (d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.	(a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. (b) her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. (c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum. (d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5.	(a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. (b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.	(a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum. (b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum. (c) Cezalandırılmayı bekliyorum. (d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7.	(a) Kendimden hoşnudum. (b) Kendimden pek hoşnut değilim. (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. (d) Kendimden nefret ediyorum.
8.	(a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum. (b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. (c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum. (d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.	(a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. (b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam. (c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim. (d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10.	(a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum. (b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum. (c) Şu sıralar her an ağlıyorum. (d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11.	(a) Her zamankinden daha sinirli değilim. (b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum. (c) Çoğu zaman sinirliyim. (d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12.	(a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim. (b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim. (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim. (d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13.	(a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum. (b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum. (c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum. (d) Artık hiç karar veremiyorum.
14.	(a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum. (b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum. (c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum (d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15.	(a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. (b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor. (c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum. (d) Hiçbir iş yapamıyorum.

16.	(a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum (b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum. (c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum. (d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17.	(a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum. (b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum. (c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor. (d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18.	(a) İştahım eskisinden pek farklı değil. (b) İştahım eskisi kadar iyi değil. (c) Şu sıralarda iştahım epey kötü. (d) Artık hiç iştahım yok.
19.	(a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum. (b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim. (c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim. (d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim. Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20.	(a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor. (b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var. (c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor. (d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21.	(a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok. (b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum. (c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim. (d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

8.6. EK 6: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeğinin – KSIÜÖ (Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale) Dil Eşdeğerliği ve Kapsam Geçerliliği Aşamasında Görüşü Alınan Öğretim Üyeleri Listesi *

Prof. Dr. Hediye Aslan: Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu: İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Nuran Kömürcü: Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Nurdan Demirci: Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yard. Doç. Dr. Emel EGE: Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu

Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yard. Doç. Dr. Ümran Y. Oskay: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

* İsimler ünvanlara ve soyadların alfabetik sırasına göre yazılmıştır.

8.7. EK 7: Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden Kullanım İzni

T. C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

20 Ekim 2006

SAYI : B.10.4.İSM.0.44.00.09-773.02/ 19509
KONU : Anket Uygulaması

.....SAĞLIK OCAĞI BAŞTABIPLİĞİNE

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini sürdüren Sermin TİMUR'un " Menapozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasının anket bölümünü Sağlık Ocağınız bünyesinde uygulaması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Suat ÇOBAN
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKLER :
EK 1 Form (1 adet - 6 sayfa)

DAĞITIM:
Fırat Sağlık Ocağı
Mücelli Sağlık Ocağı
Tecde Sağlık Ocağı

8.8. EK 8: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin Kullanım İzni

Dear Daniel F. Kripke

I am a Phd student at İstanbul University, Florence Nightingale Institute of Nursing. I am working on a thesis concerning the Sleep Disorders and Quality of Life in Menopausal Women.

I have read two of your articles in the above mentioned issue, The one titled “ Factor Structure and Measurement Invariance of the Women’s Health Initiative Insomnia Rating Scale” and “Reliability and Validity of the Women’s Health Initiative Insomnia Rating Scale”. I admire your studies very much. There is yet much to be done in Turkey concerning the sleep disorders and quality of life in menopausal women.

I would be grateful if you give me the permission to use your questionnaire for the very fact that I found most suitable one for this thesis.

The only problem which I am concerned about is its copyrights. I want to make you sure that it is only for a research purpose and not for commercial one. Therefore, I would be highly grateful if you could kindly give me the permission to use it as a questionnaire in its very form so as to save my time and help achieve the goals of this research in time.

Sincerely yours,

Sermin Timur

Home Address: Selami Ali Mah. Yunus

Emre Sok. Barbaros Apt.

A Blok No:11/2

İstanbul/TURKEY

e-mail: setimur@gmail.com

Tarih: Mon, 30 Oct 2006 09:34:38 -0800

Kimden: "Daniel F. Kripke, M.D." <DKripke@ucsd.edu>

Kime: Sermin Timur <setimur@gmail.com>

Konu: Re: WHIRS sleep

Dear Mr. Timur,

Thank you for your interest in this work.

This questionnaire is part of a U.S. government-funded project which has been made available to the public. There is no copyright. I do not have scientific rights to the questionnaire, though I helped to write it--I don't think any individual or committee has rights to it. So, you are free to use the questionnaire, and we would be flattered if you do.

I attach a related publication or two.

Good luck on your work! I have seen increasing good sleep science coming from Turkey.

Sincerely,

Daniel F. Kripke, M.D.
Professor of Psychiatry
University of California, San Diego
9500 Gilman Dr., Mail Code 0667
La Jolla, California 92093-0667

DKripke@UCSD.edu
www.BrightenYourLife.info
www.DarkSideOfSleepingPills.com

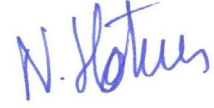
8.9. EK 9: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kullanım İzini

Sayın Sermin Timur

Yazarlarının iznini alarak geçerlik ve güvenirlik analizlerini gerçekleştirerek Türkçe'ye uyarladığımız “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)” ni tez çalışmanızda kullanmanızda izin veriyoruz. Çalışmanızda başarılar dileriz.



Sema Baş Kharbouch, M.Sc



Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin

8.10. EK 10: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
T1	20,2857	82,5630	,6670	,8308
T2	19,8857	84,9866	,6701	,8314
T3	20,3714	94,0639	,3036	,8633
T4	20,4286	86,7815	,4721	,8507
T5	20,3714	88,7697	,6554	,8350
SON1	20,4000	84,1294	,6387	,8337
SON2	20,2857	87,7983	,6856	,8325
SON3	20,3714	90,1227	,4515	,8504
SON4	20,0571	84,8790	,5537	,8422
SON5	20,1714	90,9697	,6316	,8383

Reliability Coefficients

N of Cases = 35,0

N of Items = 10

Alpha = ,8547

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
T1	20,2857	82,5630	,6670	,8308
T2	19,8857	84,9866	,6701	,8314
T3	20,3714	94,0639	,3036	,8633
T4	20,4286	86,7815	,4721	,8507
T5	20,3714	88,7697	,6554	,8350
SON1	20,4000	84,1294	,6387	,8337
SON2	20,2857	87,7983	,6856	,8325
SON3	20,3714	90,1227	,4515	,8504
SON4	20,0571	84,8790	,5537	,8422
SON5	20,1714	90,9697	,6316	,8383

Reliability Coefficients

N of Cases = 35,0

N of Items = 10

Correlation between forms=,7453

Equal-length Spearman-Brown=,8540

Guttman Split-half=,8540

Unequal-length Spearman-Brown=,8540

5 Items in part 1

5 Items in part 2

Alpha for part 1=,7263

Alpha for part 2 =,7676

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
UYKUÖLÇ1	7,7294	18,0057	,7023	,8264
UYKUÖLÇ2	7,1917	19,9519	,6289	,8440
UYKUÖLÇ3	7,4183	18,5574	,6998	,8264
UYKUÖLÇ4	7,3281	18,0108	,6971	,8280
UYKUÖLÇ5	7,0812	21,2823	,7094	,8332

Reliability Coefficients

N of Cases =887,0

N of Items = 5

Alpha =,8608

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
UYKUÖLÇ1	7,7294	18,0057	,7023	,8264
UYKUÖLÇ2	7,1917	19,9519	,6289	,8440
UYKUÖLÇ3	7,4183	18,5574	,6998	,8264
UYKUÖLÇ4	7,3281	18,0108	,6971	,8280
UYKUÖLÇ5	7,0812	21,2823	,7094	,8332

Reliability Coefficients

N of Cases=887,0

N of Items= 5

Correlation between forms=,7594

Equal-length Spearman-Brown=,8632

Guttman Split-half=,8165

Unequal-length Spearman-Brown=,8674

3 Items in part 1

2 Items in part 2

Alpha for part 1=,7830

Alpha for part 2=,7131

8.11. EK 11: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin Test Tekrar-Test Korelasyon Katsayıları

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin Test Tekrar-Test Korelasyon katsayıları (n=35)

Ölçek Maddeleri	r	p
1. Uykuya dalmada güçlük yaşama	0.610	0.000
2. Geceleri birkaç kez uykudan uyanma	0.820	0.000
3. Planladığından daha erken uyanma?	0.422	0.011
4. Erken uyanıldığında tekrar uykuya dalmada güçlük yaşama?	0.677	0.000
5. Genel olarak son 4 hafta içinde tipik gece uykusu?	0.635	0.000
Toplam	0.745	0.000

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sermin	Soyadı	Timur
Doğ.Yeri	Adana	Doğ.Tar.	1978
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	24533294248
Email	setimur@gmail.com	Tel	0(536) 967 66 34

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2003
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1999
Lise	Atatürk Kız Lisesi	1994

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
Hemşire	Turgut Özal Tıp Merkezi Pediatrik Cerrahi Servisi	1999

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Zayıf	77.5	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	51.367	51.638	51.909
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows İşletim Sistemi : Vista, Win XP, Win 2000, Win 98	Yeterli
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	Yeterli

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitimini Güçlendirme Projesi 24-28 Temmuz 2007. Katılımcı.
- Eğitici Anne Eğitimi Hizmet İçi Kursu. 11-27 Mayıs 2007. Eğitimci.
- Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitim Kapasitesini Güçlendirme Projesi Tanıtımı. Malatya. 9 Mayıs 2007. Katılımcı.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Egri, M., Reeder, B.S. (2007) Women's Douching Practices and Related Attitudes in Eastesn Turkey. *J. Obstet. Gynaecol. Res*, 33,(3), 353-359.
- Timur, S., Bekar, M. (2006) Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi İle Öz-Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2), 36-45.
- Timur, S., Ok, Ş. (2001) Kadın ve Çocuklarda Cinsel Taciz. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 3(2):68-74.
- Zincir, H., Ege, E., Aylaz, R., Bilgin, N., Timur, S. (2003) Çalışan ve çalışmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 14(1): 77-84.
- Yılmaz, U., Timur, S., Ege, E. (2005) Hastanede çalışan ebe ve hemşirelerin çocuklarının bakımı hakkındaki endişeleri ve durumluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(2):63-74.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Oltuluoğlu, H., Dursun, S. (2005) Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 14(7):157-160.
- Timur, S., Ege, E., Bakış, E. (2006) Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(1), 50-57.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H. (2005) Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi.. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 14(9):202-208.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat etmek, Yüzmek, Kitap okumak.