



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**MENOPOZ TUTUMUNUN, MENOPOZ SEMPTOMLARI VE
UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Elif AKMAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. Şenay TOPUZ

ANKARA

2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MENOPOZ TUTUMUNUN, MENOPOZ SEMPTOMLARI VE
UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Elif AKMAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Şenay TOPUZ

ANKARA

2025

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Menopoz Tutumunun, Menopoz Semptomları ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Elif AKMAN

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında

Elif AKMAN tarafından hazırlanan

“Menopoz Tutumunun, Menopoz Semptomları ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile kabul/ret edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Jüri Başkanı

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Üye

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Menopoz Tutumunun, Menopoz Semptomları ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi

Bu çalışma, menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumlarının, menopoz semptomlarının şiddeti ve uyku kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda yapılmıştır. Çalışma, Ankara Yenimahalle Yeşilevler Ertuğrul Şimşek Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, menopoz ve postmenopozal dönemde bulunan 300 gönüllü kadın ile yürütüldü. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ) ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda, kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği'nden ortalama $48,46 \pm 13,01$ puan aldıkları ve tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden ortalama $15,75 \pm 6,68$ puan alarak menopoz semptomları yaşadıkları ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nden ortalama $10,17 \pm 5,16$ puan alarak genel olarak uykusuzluk alt eşliğinde oldukları saptanmıştır. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu düzeyindeki bir birim artış, kadınların uykusuzluk şiddeti düzeyini 0,109 kat azaltmaktadır ($p < 0,001$). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptom şiddeti düzeyindeki bir birim artış, kadınların uykusuzluk şiddeti düzeyini 0,329 kat anlamlı bir şekilde artırmaktadır ($p < 0,001$). Menopoz tutumu ve semptom şiddeti birlikte değerlendirildiğinde, uyku kalitesindeki değişkenliğin %18,7'sini açıklayabildiği görülmüştür. Sonuç olarak, menopoz dönemindeki kadınların tutumlarının iyileştirilmesi, menopozal semptomların hafifletilmesi ve uyku kalitelerinin artırılması için sağlık profesyonellerinin eğitim, danışmanlık ve destekleyici programlar geliştirmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, menopoza ilişkin tutum, menopoz semptomları, uyku kalitesi, uykusuzluk şiddeti indeksi

SUMMARY

The Relationship Between Menopause Attitude, Menopause Symptoms, and Sleep Quality

This study was conducted to examine the effect of menopausal women's attitudes towards menopause on the severity of menopausal symptoms and sleep quality. The study was conducted using a descriptive and correlational design. The study was conducted with 300 volunteer women who applied to Ankara Yenimahalle Yeşilevler Ertuğrul Şimşek Family Health Center and were in the menopausal and postmenopausal period. The data were collected using the Introductory Information Form prepared by the researcher, the Menopause Rating Scale (MRS), Attitudes Towards Menopause Questionnaire (ATMQ), and the Insomnia Severity Index (ISI). As a result of the research, it was determined that women received an average score of 48.46 ± 13.01 from Attitudes Towards Menopause Questionnaire, indicating that their attitudes were moderately positive. It was also found that they experienced moderate menopausal symptoms, with an average score of 15.75 ± 6.68 from the Menopause Rating Scale, and were generally at the lower threshold of insomnia, with an average score of 10.17 ± 5.16 from the Insomnia Severity Index. A one-unit increase in the level of menopausal attitude among women in the menopausal period reduced the level of insomnia severity by 0.109 points ($p < 0.001$). A one-unit increase in the menopausal symptom severity level significantly increased insomnia severity by 0.329 points ($p < 0.001$). When menopausal attitude and symptom severity were evaluated together, they were found to explain 18.7% of the variability in sleep quality. In conclusion, it is important for healthcare professionals to develop educational, counseling, and supportive programs aimed at improving women's attitudes toward menopause, alleviating menopausal symptoms, and enhancing sleep quality during the menopausal transition.

Keywords: Menopause, attitude toward menopause, menopausal symptoms, sleep quality, insomnia severity index

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul Ve Onay	iii
Özet	iv
Summary	v
İçindekiler	vi
Önsöz	vii
Simgeler Ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	x
Çizelgeler	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Klimakterik Dönem ve Menopoz	3
1.3. Reprodüktif Yaşlanma Süreci (STRAW)	4
1.4. Menopozun Fizyolojisi	5
1.5. Menopoza Döneminde Görülen Semptomlar	6
1.5.1. Siklus Bozuklukları	7
1.5.2. Vazomotor Semptomlar	7
1.5.3. Genitüriner Değişiklikler	8
1.5.4. Dermatolojik Değişiklikler	9
1.5.5. Cinsel Sorunlar	10
1.5.6. Kardiyovasküler Değişiklikler	11
1.5.7. Kas İskelet Sistemi	12
1.5.8. Nörolojik Semptomlar	12
1.5.9. Uyku Problemleri	13
1.6. Menopoza İlişkin Tutum	14
1.7. Uyku	14
1.7.1. Uyku Fizyolojisi	15
1.7.2. Uyku Kalitesi	16
1.8. Hemşirelik Yaklaşımı	17
2. GEREÇ VE YÖNTEM	18
2.1. Araştırma Tasarımı	18
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
2.3. Araştırma Evreni ve Örnekleme	18
2.3.1. Araştırmanın Örnekleme	18
2.3. Araştırma Soruları	18
2.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	19
2.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	19
2.4.2. Araştırmaya Edilmeme Kriterleri	20
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	20
2.6. Veri Toplama Araçları	20
2.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	20
2.6.2. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği	20
2.6.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği	21
2.6.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	22
2.7. Verilerin Toplanması	22
2.8. Araştırmanın Etik Boyutu	22
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	23

3. BULGULAR	24
4. TARTIŞMA	40
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	49
EKLER	58
Ek-1. Etik Kurul Kararı	58
Ek-2. Çalışmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Kurum İzni	59
Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu	60
Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu	61
Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu Devamı	62
Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu Devamı	63
Ek-5. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği	64
Ek-5. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Devamı	65
Ek-6. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	66
Ek-7. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	67
Ek-8. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği'nin Kullanım İzin Maili	68
Ek-9. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım izin Maili	69
Ek-10. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Kullanım İzni	70
ÖZGEÇMİŞ	71

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının hazırlanmasından tamamlanmasına kadar geçen süreçte bilgi birikimi ve yapıcı rehberliğiyle bana ışık tutan değerli danışmanım Doç. Dr. Şenay TOPUZ'a en içten şükranlarımı sunarım.

Yaşamım boyunca olduğu gibi bu süreçte de koşulsuz sevgi ve destekleriyle yanımda olan biricik annem Emine AKMAN ve sevgili babam İsmail AKMAN'a minnettarlığımı ifade etmek isterim.

Çalışmama gönüllü olarak katılarak değerli zamanlarını ayıran tüm katılımcılara içten teşekkür ederim.

Bu sürecin ortaya çıkmasında emeği geçen herkese saygıyla teşekkür ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Elif AKMAN

Tarih:

İmza:

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMH	Anti-Müllerian Hormon
ANOVA	Analysis of Variance – Varyans analizi
Cronbach α	Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı
FSH	Folikül Stimülan Hormon
max	maximum
min	minimum
MİTÖ	Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği
MSDÖ	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop – Üreme Yaşlanmasının Evreleri Çalıştayı
UŞİ	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi
VLDL	Very-Low-Density Lipoprotein- çok düşük yoğunluklu lipoprotein
WHO	World Health Organization – Dünya Sağlık Örgütü
\bar{x}	ortalama

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. G*Power ile yapılan post-hoc güç analizi çıktısı

19



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Straw+10 Evreleme Sistemi	4
Çizelge 3.1. Menopoz Dönemindeki Kadınların Sosyo- Demografik Verilerin Dağılımı (n=300)	24
Çizelge 3.2. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=300)	25
Çizelge 3.3. Devam Menopoz Dönemindeki Kadınların Sağlıklı Yaşam Davranışı Özelliklerinin Dağılımı (n=300)	26
Çizelge 3.4. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamaları (n=300)	27
Çizelge 3.5. Menopoz Dönemindeki Kadınların Uykusuzluk Şiddeti Düzeyinin Dağılımı (n=300)	28
Çizelge 3.6. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi İle Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon	28
Çizelge 3.7. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Tutumunun Ve Menopoz Semptom Şiddetinin Uykusuzluk Şiddeti Üzerine Etkisi (n=300)	30
Çizelge 3.8. Menopoz Dönemindeki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği , Uykusuzluk Şiddeti İndeksi İle Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)	31
Çizelge 3.9. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi İle Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)	34
Çizelge 3.10. Menopoz Dönemindeki Kadınların Sağlıklı Yaşam Davranışı Özelliklerine Göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi İle Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)	36

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kadın yaşam döngüsünün önemli bir geçiş evresi olan menopoza, yalnızca biyolojik bir süreci değil; aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel yönleri olan çok boyutlu bir deneyimi ifade etmektedir. Over fonksiyonlarının geri dönüşsüz şekilde durması ile mestürasyonun kalıcı olarak sona ermesi şeklinde tanımlanan menopoza, kadın yaşamında doğurganlığın sonlandığı, hormon düzeylerinin ciddi değişiklik gösterdiği bir dönemi kapsamaktadır. Doğal menopoza, menstrüasyonun ardışık 12 ay boyunca tamamen durmasıyla tanımlanır; bu sürecin başka hiçbir fiziksel, fizyolojik ya da patolojik neden olmaksızın gerçekleşmiş olması gerekir (Ambikairajah, 2022; Casper, 2009; WHO, 1996).

Menopoza girme yaşı; genetik, coğrafi, sosyoekonomik ve kültürel faktörlere bağlı olarak farklılık göstermektedir. Menopoza biyolojik yaşlanmanın doğal bir parçası olarak 45-55 yaşlarında, Türkiye’de bu yaş 47-49 aralığında rapor edilmiştir (Özcan ve Oskay, 2013; WHO, 2022). Kadınların menopoza dönemindeki deneyimleri büyük ölçüde kişisel, toplumsal ve kültürel algıların etkisi altında şekillenmektedir. Bu süreçte sıcak basmaları, terleme, uykusuzluk, ruhsal dalgalanmalar, konsantrasyon güçlüğü, kas-iskelet sistemi ağrıları gibi semptomlar sıkça görülmekte ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Freeman vd., 2015).

Özellikle uyku bozuklukları, menopoza döneminde kadınlarda sık görülen semptomlar arasında yer almaktadır. Baker vd. (2018)’ de yaptığı çalışmada menopoza sürecindeki kadınların yaklaşık %40 ila %60’ının uykusuzluk, sık gece uyanmaları, uykuya dalmama gibi sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Bu problemler, hormon seviyelerindeki dalgalanmalara ek olarak; bireyin menopoza yüklediği anlam, stres düzeyi ve başa çıkma becerileri ile de ilişkili olabilmektedir. Uyku kalitesindeki bozulma, bireyin gündelik işlevselliğini azaltmakla kalmayıp, uzun vadede kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, depresyon ve anksiyete gibi birçok sağlık sorununa zemin hazırlayabilmektedir (Altevogt ve Colten, 2006).

Menopoza döneminde bireylerin yaşadığı semptomların sıklığı ve şiddeti, yalnızca biyolojik faktörlerle değil, aynı zamanda menopoza dair sahip oldukları tutumlarla da doğrudan ilişkilidir. Menopozu yaşamın doğal bir evresi olarak kabul eden kadınların bu süreci

daha hafif semptomlarla geçirdiği, uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu ve başa çıkma mekanizmalarının daha etkili olduğu belirlenmiştir (Avis vd., 2001; Tümer ve Kartal, 2018).

Kadınların menopoza dair tutumları; yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, sosyoekonomik durum, genel sağlık algısı ve kültürel değerler gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ayrıca toplumda menopozla ilgili mevcut kalıp yargılar, kadınların bu süreci nasıl algıladığını doğrudan etkilemektedir. Menopoz, kimi toplumlarda bilgeliğin ve olgunluğun simgesi olarak görülürken; bazı kültürlerde yaşlılık ve üretkenliğin sona ermesiyle özdeşleştirilmekte, bu da bireysel deneyimi belirleyici bir unsur haline getirmektedir. Türkiye bağlamında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar dikkat çekmektedir. Örneğin, Ayrancı vd. (2010) tarafından yürütülen araştırmada, kadınların önemli bir kısmının menopozu hastalık veya yaşlılık süreciyle ilişkilendirdiği, bu tutumun ise yaşanan semptomların şiddetini ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini doğrudan etkilediği belirlenmiştir. Araştırma, olumlu tutuma sahip kadınların menopozu daha az semptomla ve daha sağlıklı bir şekilde geçirdiğini ortaya koyarak, tutumun hem psikolojik hem fizyolojik etkilerle bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Uyku kalitesi gibi yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir değişkenin, kadınların menopoz dönemindeki tutumlarıyla nasıl etkileşim içinde olduğu sorusu, hem bilimsel hem de klinik uygulama açısından önemlidir. Türkiye bağlamında yapılan araştırmalarda, bu üçlü ilişkinin hemşirelik perspektifinden ele alındığı kapsamlı çalışmalara rastlanılmamıştır.

Hemşireler, menopoz dönemindeki kadınlarla ilk temasta bulunan sağlık profesyonelleri olarak, danışmanlık ve eğitici rolleriyle önemli bir konumdadır. Bu nedenle, hemşirelerin menopoz dönemine ilişkin güncel, kültüre duyarlı ve birey odaklı bir bakış açısına sahip olmaları, sağlık bakım kalitesini artırmada kritik bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Gümüşay ve Erbil'in (2019) Türkiye'de gerçekleştirdiği bir çalışmada, menopoza yönelik olumsuz tutum sergileyen kadınların beden güçsüzlüğü, uykuya dalma güçlüğü ve enerji azlığı gibi fiziksel ve psikososyal alanlarda daha düşük yaşam kalitesi bildirdikleri saptanmıştır. Buna karşın, pozitif tutuma sahip bireylerin daha yüksek yaşam kalitesi algıladıkları ifade edilmiştir. Bu bulgular, menopoz tutumunun yaşam kalitesiyle ilişkili olabileceğini düşündürmekte ve çalışmamızın temelini desteklemektedir.

1.1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopoz semptomları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

1.2. Klimakterik Dönem ve Menopoz

Kadının, üreme sisteminde önemli değişikliklerin yaşandığı ve kadının cinsel olgunluk döneminden yaşlılık dönemine uzanan süreçtir (Çakır vd., 2022). Ortalama 40 yaş civarında başlar ve 65 yaş civarında sona erer (Souza vd., 2022). Klimakterik dönem; premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz evrelerini içermektedir (Ertekin, 2021). Her kadın için benzersiz ve öznel bir deneyimdir (Yavan ve Köprülü, 2022).

Menopoz, retrospektif olarak, overyan yetmezliğe bağlı 12 aylık amenore dönemi izleyen, ortalama 52 yaşında görülen, son menstrüel siklus olarak tanımlanır (Shifren ve Sciff, 2021). Premenopoz, menopozdan önceki 1-2 yılı kapsayan dönem veya menopozdan önceki tüm üreme evresini kapsayan muğlak bir terim olduğu, perimenopoz ise menopozun ilk belirtileri ile başlayan ve son menstrüasyondan 12 ay sonra sona eren dönem, postmenopoz da indüklenmiş olsun ya da olmasın son menstrüasyondan sonraki dönemi ifade eder (Rees vd., 2022).

Menopoz, doğal, indüklenmiş ve primer overyan yetmezlik olarak görülebilir. Doğal menopoz, over foliküler aktivitesinin kaybı nedeniyle başka patolojik veya fizyolojik neden olmaksızın 12 aylık amenore sonrası tanı alır. İndüklenmiş menopoz, tıbbi müdahale ya da tedavi veya cerrahi müdahaleler sonrası over baskılanması veya menopoz durumudur. (Gatenby ve Simpson, 2024) Primer overyan yetmezlik ise, menopozun 40 yaşından önce başlamasıdır, 40 yaşın altındaki kadınların yaklaşık %1'ini ve 30 yaşın altındaki kadınların %0,1'ini etkilemektedir (Hand vd., 2021).

Menopoza girme yaşı, menrş yaşı, parite, sigara kullanma durumu, ırk/etnik köken, genetik faktörler, vücut kitle indeksi, sosyo-ekonomik durum ve bunlara eşlik eden sistemik ve jinekolojik faktörler gibi çok sayıda değişkenin kesişiminden etkilenebilir (Morris vd., 2011; Mishra vd., 2017; Santoro vd, 2021; Santoro vd., 2015).

1.3. Reprodüktif Yaşlanma Süreci (STRAW)

STRAW yetişkin kadın hayatını fertilité, menopoz geçişi ve menopoz sonrası dönem olarak üçe ayırır. İlk olarak 2001 yılında Üreme Sistemi Yaşlanmasının Aşamaları Çalıştayı (STRAW) düzenlendi ve kriterleri belirlendi. Ayrıca, kadın üreme sisteminin yaşlanmasının aşamalarını tanımlamak için menstrüasyon döngüleri, endokrin/biyokimyasal faktörler, diğer sistemlerdeki belirtiler/semptomlar kullanıldı. STRAW kriterleri, kadın üreme sisteminin yaşlanmasının aşamalarını yedi ayrı bölüme ayırdı ve özellikle doğal menopoza giren sağlıklı kadınlara odaklandı. 2011 yılında, kadın üreme yaşlanması alanındaki gelişmeleri yansıtmak ve ilk evreleme kriterlerinde mevcut olan belirli sınırlamaları ele alan güncellenmiş öneriler sunmak amacıyla STRAW + 10 kriterleri oluşturuldu (Ambikairajah vd., 2022). Yenilenmiş STRAW+10 Evreleme Sistemi Çizelge 1.1.' de sunuldu (Harlow vd., 2012).

Çizelge 1.1. STRAW+10 Evreleme Sistemi

		MENARCHE				MENOPAUSE (final menstrual period)					
STAGES		-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
TERMINOLOGY		REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
		EARLY	PEAK	LATE		EARLY	LATE	EARLY		LATE	
						PERIMENOPAUSE					
PRINCIPAL CRITERIA	Menstrual cycles	variable to regular	regular	regular	subtle changes in flow or length	variable length ‡	60 or more days of amenorrhea				
SUPPORTIVE CRITERIA	Endocrine			low	variable*	variable* †	>25 IU/L †	variable †	stabilizes		
	AMH			low	low	low	low	low	very low		
	Inhibin B				low	low	low	low	very low		
	Antral Follicle			low	low	low	low	very low	very low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS	Vasomotor symptoms						likely	most likely			
Urogenital atrophy											symptoms increasing
STAGE DURATION		variable				variable	1-3 years	2 years	3-6 years	until demise	

‡ variable length persistent, seven or more day difference in length of consecutive cycles

Geç üreme evresi (Evre -3), doğurganlığın azalmaya başladığı ve kadının adet döngülerinde değişiklikler fark etmeye başlayabileceği zamanı işaret eder. STRAW + 10 geç

üreme evresinin iki alt evreye (-3b ve -3a) ayrılmasını önermiştir. Evre -3b'de, menstürasyon döngüleri uzunlukta veya erken foliküler faz Folikül Stimulan Hormon (FSH) seviyelerinde değişiklik olmadan düzenli kalır; ancak Anti-Müllerian hormon (AMH) ve Antral Folikül Sayıları (AFC) düşüktür (Harlow vd., 2012).

Erken menopoz geçişi (Evre -2), ardışık döngülerin uzunluğunda 7 gün veya daha uzun süreli kalıcı bir fark olarak tanımlanan menstürasyon döngüsü uzunluğundaki değişkenliğin artmasıyla karakterize edilir. Kalıcılık ise, değişken uzunluktaki ilk döngüden sonraki 10 döngü içinde tekrarlama olarak tanımlanır. Erken menopoz geçişindeki döngüler ayrıca yüksek ancak değişken erken foliküler faz FSH seviyeleri ve düşük AMH ve AFC seviyeleri ile karakterizedir (Harlow vd., 2012).

Geç menopoz geçişi (Evre -1), 60 gün veya daha uzun süren amenorenin ortaya çıkmasıyla belirginleşir. Geç menopoz geçişindeki adet döngüleri, döngü uzunluğundaki artan değişkenlik, hormonal seviyelerde aşırı dalgalanmalar ve anovülasyonun artan yaygınlığı ile karakterizedir (Harlow vd., 2012).

Erken postmenopoz (Evre +1a, +1b, +1c), +1a ve +1b evreleri her biri 1 yıl sürer ve FSH ile östradiol seviyelerinin stabil olduğu zaman noktasında sona erer. Semptomlar, özellikle vazomotor semptomlar, bu evrede ortaya çıkma olasılığı en yüksektir. Evre +1c, yüksek FSH seviyeleri ve düşük östradiol değerlerinin stabil dönemini temsil eder (Harlow vd., 2012).

Geç postmenopoz (Evre +2), üreme endokrin fonksiyonundaki değişikliklerin daha sınırlı olduğu ve somatik yaşlanma süreçlerinin en büyük endişe kaynağı haline geldiği dönemi temsil eder (Harlow vd., 2012).

1.4. Menopozun Fizyolojisi

Menopoz, kadınlarda over fizyolojisinin son evresini temsil eder ve sınırlı over folikül rezervinin tamamen tükenmesine bağlı olarak üreme fonksiyonunun sona erdiği dönemi ifade eden yıllar içinde gerçekleşen kademeli bir süreçtir (Gatenby ve Simpson, 2024).

Menopoz, menstrüel siklusu düzenleyen hipotalamik ve hipofiz hormonlarında değişikliklerle ilişkili olmasına rağmen, merkezi bir olay değil, primer overyan yetmezliğin

bir sonucudur. Over seviyesinde, overyen foliküllerin azalması, apoptozis ve programlı hücre ölümüne sekonder gelişir. Sonuç olarak, over artık hipofizin FSH ve lüteinizan hormon (LH) uyarılarına yanıt veremez; overyan östrojen ve progesteron üretimi durur. Overyan-hipotalamik-hipofizer aks menopoza geçiş döneminde infakt kalır; sonuçta over yetmezliğine ve overden gelen negatif feed-back' in olmamasına bağlı FSH düzeyleri artar. Foliküler faz inhibin B hormon konsantrasyonları azalır. Bu hormonlar perimenopoz sırasında büyük ölçüde dalgalanabilir ve anovulatuvar adet döngüleriyle ilişkilidir (Weiss vd., 2004). Yükselen gonadotropin düzeyleri, menopozal geçişin ileri evrelerine kadar serum östradiol düzeylerinin nispeten normal aralıklarda kalmasına katkı sağlar. Bu hormonal değişiklikler, anovulatuvar sikluslarla birleştiğinde, perimenopozun erken döneminde sıklıkla adet döngü süresinin kısalması; izleyen dönemde ise sikluslar arasındaki sürenin giderek uzaması ile karakterize olan adet düzensizliklerine yol açmaktadır. Ayrıca, Ovulasyon ve korpus luteum gelişiminin kesintiye uğraması, yetersiz progesteron sayesinde östrojenin karşılanmamış proliferatif etkisini artırarak düzensiz ve yoğun uterin kanamaları tetikler. AMH, küçük antral foliküllerden salgılanır ve rezerv azaldıkça serum düzeyi düşer. Perimenopoz boyunca stromal ve teka hücreleri çalışmaya devam ettiği için androjen sentezi tamamen kesilmez, ancak üreme çağındaki değerlere kıyasla daha düşüktür. Menopozal kadınlarda, düşük düzeyde östrojen izlenmeye devam eder; bunun kaynağı temel olarak overyan ve adrenal androjenlerin periferik aromatzasyonudur (Santoro vd., 2021; Visser ve Themmen, 2005).

1.5. Menopoza Döneminde Görülen Semptomlar

Literatüre göre kadınların %80–90'ı menopoz sürecinde çeşitli semptomlar bildirirken, olguların yaklaşık üçte birinde bu belirtiler yüksek şiddette seyrederek yaşam kalitesini belirgin biçimde düşürmektedir (Talaular, 2022). Menopoz semptomlarının görülme sıklığı, şiddeti ve tipi; bireysel, kültürel ve etnik farklılıklar başta olmak üzere birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Başlıca semptomlar arasında vazomotor semptomlar (sıcak basması, gece terlemeleri), uyku bozuklukları, yorgunluk, duygu durum değişiklikleri, artmış anksiyete düzeyi, çarpıntı, vajinal kuruluk, disparoni, üriner semptomlar (sıklık, urgency, inkontinans), bilişsel bulanıklık (beyin sisi), eklem ağrıları, tırnak incelmeleri, cilt ve göz kuruluğu ile cilt ve saç yapısında değişiklikler yer almaktadır. Menopozal geçiş döneminde semptomların erken ortaya çıkmasının, bu semptomların daha uzun süreli ve rahatsız edici olabileceğine işaret ettiği düşünülmektedir (Hand vd., 2021; Paramsothy vd., 2017).

1.5.1. Siklus Bozuklukları

Menopozdan önceki 1-5 yıllık periyotta foliküler rezerv hızlıca azaldığından, östrojen ve progesteron sekresyonu düşer; bunun sonucu sikluslar uzar, düzensizleşir ve çoğu kez anovulatuvar hâle gelir. Erken menopozal geçiş, bireyin tipik adet döngüsü uzunluğuna göre ≥ 7 gün fark gösteren ve giderek artan değişkenlikteki döngülerle karakterizedir. Geç menopozal geçiş ise, ≥ 2 siklusun atlanması ve ≥ 60 gün süren adet aralıklarının görülmesi ile tanımlanır. Perimenopozda sadece siklus aralığı değil, kanama süresi ve volümü de dalgalanır; geç evrede gerçekleşen seyrek ovulatuvar sikluslar bazen daha yoğun kanamalara yol açabilir (Harlow ve Parnsothy, 2011).

1.5.2. Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar menopozla en sık ilişkilendirilen belirtilerdir; prevalansın %70–80 aralığında olduğu, vakaların üçte ikisinden fazlasında bu atakların rahatsız edici şiddette yaşandığı bildirilmektedir (Avis vd., 2015; Freeman vd., 2015). Birçok çalışma, perimenopoz/postmenopoz kadınlarının günde ortalama 4–5 sıcak basması yaşadığını, ancak bazı olgularda atak sayısının 20'ye yaklaşabildiğini göstermektedir. Semptom sıklığı menopozdan sonraki ilk 2–3 yılda genellikle düşme eğilimindedir, ancak olguların bir kısmında vazomotor ataklar son adet tarihinden 8–10 yıl sonrasına dek devam edebilmektedir (Avis vd., 2015; Parnsothy vd., 2017).

Vazomotor semptomlar genellikle hormonal dalgalanmaların gözleendiği perimenopozal dönemde başlamaktadır ve bu semptomlar postmenopozal döneme kadar devam edebilmektedir. Semptomların şiddeti hem bireyler arasında hem de aynı bireyde zaman içerisinde önemli ölçüde değişkenlik gösterebilir (Gold vd., 2006).

Azalmış östrojen vazomotor semptomlara katkıda bulursa da sıcak basmalarını başlatmada termoregülatör sistem değişikliklerinin rolünü kabul edilmektedir. Bu sistem; beyin, vücut iç boşlukları ve periferik damar yapısı olmak üzere üç temel bileşenden oluşur. Bu yapılar, vücut sıcaklığının homeostatik dengesini korumak üzere bütünleşik bir şekilde çalışmaktadır. Ayrıca, vücudun çeşitli termoregülatör bölgeleri çevresel ve içsel sıcaklık bilgilerini toplar ve bu bilgileri esas olarak hipotalamusta yer alan termoregülatör merkezlere iletir. Hipotalamus, gelen bu sıcaklık verilerine yanıt olarak vazodilatasyon (damar genişlemesi) yoluyla ısıyı dışarı atar ya da vazokonstriksiyon (damar daralması) yoluyla ısı

kaybını sınırlandırır. Sıcak basmaları, bu sistemin abartılı bir yanıt vermesi sonucu ortaya çıkar ve bu durum yoğun bir sıcaklık hissi, üst vücutta kızarma, artmış cilt kan akımı, kalp atım hızında ve kan basıncında değişiklikler gibi fizyolojik tepkilere neden olur. Bu bağlamda, vücudun gerçekte hipertermik (aşırı ısınmış) bir durumda olmadığı, ancak sıcaklık sinyallerinin işlenmesinde bir bozulma meydana geldiği ve bunun da anormal termoregülatör yanıtların ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Bu yanlış sinyallerin etkisiyle çekirdek vücut sıcaklığı hızla düşürülmeye çalışılır; bunun sonucunda aşırı vazodilatasyon ve ardından yoğun terleme meydana gelir. Özellikle gece gerçekleşen bu olaylar, ciddi uyku bozukluklarına yol açabilir. Ayrıca, vazodilatasyona bağlı olarak gelişen ani ısı kaybı, vücudun bu kaybı telafi etme çabasıyla üşüme ve titreme gibi kompensatör yanıtların ortaya çıkmasına neden olabilir (Deecher ve Dorries, 2007; Mullassery vd., 2023).

1.5.3. Genitoüriner Değişiklikler

Menopozun genitoüriner sendromu labia major/minor, klitoris, vestibül/introitus, vajina, üretra ve mesanede değişiklikleri içeren östrojen ve diğer seks steroidlerindeki azalmayla ilişkili semptom ve işaretler olarak tanımlanır (Portman ve Gass, 2014). Bu sendromun postmenopozal kadınların yarısını ve perimenopozal dönemdeki kadınların %15'ini etkilediği görülmektedir. Klinik özellikler arasında dış genital bölgede kuruluk, yanma ve tahriş; yanma hissi, acil idrar yapma hissi, sık idrar yolu enfeksiyonları; rahatsızlık veya dispareuni, kuruluk ve bozulmuş libido fonksiyonu gibi cinsel semptomlar yer alır. Semptomlar önemli morbiditeye neden olabilir ve vazomotor semptomların aksine, tedavi edilmezlerse zamanla iyileşmezler. Semptomların deneyimi, özellikle ani östrojen yoksunluğu ve çok daha düşük yaşam kalitesi sonuçları olan cerrahi menopozdan sonra ciddi şekilde yıpratıcı olabilir (Awad ve Shower, 2025; Hamoda vd., 2020).

Vajina ve çevresindeki ürogenital dokular normal yapı ve işlevi korumak için östrojen stimülasyonuna ihtiyaç duyar. Östrojen reseptörleri (hem α hem de β) üreme yaşamı boyunca vajinada, vulvada, pelvik taban kaslarında, endopelvik fasyada, üretrada ve mesane trigonunda yaygın olarak bulunur, menopozla azalır ve östrojen tedavisiyle eski haline getirilebilir. Östrojen uyarımının yokluğu, kolajen liflerinin füzyonu ve hiyalinizasyonu ve elastin liflerinin parçalanması yoluyla mukozal elastikiyetin kaybına katkıda bulunur. Dermis tabakasında mukozal hidrasyon azalır, hücreler arası asit mukopolisakkarit ve hiyalüronik asit azalır. Vajina, esnekliğe izin veren epitel kıvrımları olan rugaesini kaybeder ve vajinada kısılma ve daralma olur. Vajina, introitus ve labia minör mukozası incelir ve soluklaşır ve vasküler

desteğin önemli ölçüde azalması vajinal transüda ve diğer salgıların hacminde bir azalmaya neden olur. Zamanla, östrojen eksikliğinin bir belirteci olarak daha az ara ve yüzeysel hücreye sahip parabazal hücrelerin ilerleyici bir baskınlığı vardır ve bu vajinal skuamöz epitel, peteşiler, ülserasyonlar ve en sonunda minimal travmadan sonra kanama ile ufalanır. Vajinal epitelin incilmesiyle birlikte glikojende ve dolayısıyla laktobasil popülasyonunda da önemli bir azalma olur, bu da vajinal pH 'da (5,0 ile 7,5 arasında) bir artışa ve stafilokoklar, grup B streptokoklar ve koliformlar dahil olmak üzere diğer patojenik bakterilerin büyümesine izin veren vajinal hidrojen peroksitte bir azalmaya neden olur. Vulvada, pelvik tabanda ve idrar yolunda benzer anatomik ve işlevsel değişiklikler meydana gelir ve bunun sonucunda pelvik bölgenin nörovasküler ve nöromusküler substratlarında bozulma meydana gelir (Mac Bride vd., 2010; Nappi ve Palacios, 2014; Tan vd., 2012).

1.5.4. Dermatolojik Değişiklikler

İnsan cildi hormonal değişikliklere duyarlı, koruyucu bariyer aktiviteleri, bağışıklık , termoregülasyon , D vitamini üretimi ve psikososyal kişisel ihtiyaçlar dahil olmak üzere birçok homeostatik işlevi yerine getiren, üç katmanlı, oldukça entegre bir organ sistemidir. Ciltteki çok işlevli hormon ekspresyonu östrojen, androjen, progesteron ve D vitamini reseptörlerini içerir. Östrojen cilt hücrelerinin çoğalmasını , farklılaşmasını ve işlevini etkiler. Ayrıca, estradiol oluşumunu katalize eden aromataz ve tip I 17 β -hidroksisteroid dehidrogenaz enzimleri de ciltte bulunur ve bu da onu menopoz sonrası kadınlar için periferik östrojen üretiminin önemli bir kaynağı haline getirir. Epidermal keratinositler, dermal fibroblastlar, kan damarları ve saç kökleri de östrojen reseptörlerine sahiptir (Katz ve Prystowsky, 2007).

Menopoz sürecinde fizyolojik yaşlanma parametrelerinin ivmelendiği kabul edilmektedir. Bu ivmelenme; hücre proliferasyonunun yavaşlaması, hücresel atrofî, elastik bağ dokuda dejeneratif süreçlerin hızlanması ve onarım kapasitesinin gerilemesiyle ilişkilidir. Postmenopozal dönemde kolajen miktarı, dermal kalınlık ve elastikiyet azalır; buna bağlı olarak yüz derisinde sarkma eğilimi belirginleşir. Çalışmalar, menopozu izleyen ilk beş yılda dermal kolajen içeriğinin yaklaşık %30 oranında azaldığını göstermektedir. Östrojen eksikliğine atfedilen yıllık ortalama değişimler; yüz derisinde esneklik %-1,1, viskozite %-1,3 ve elastikiyet %-1,5 şeklinde bildirilmiştir (Affinito vd., 2019; Brincat vd., 2005).

Postmenopozal kadınların yaklaşık %70'inde, aynı anda pubik ve aksiller kılların incilmesiyle birlikte yüz hirsutizminin kademeli olarak geliştiği görülmektedir. Premenopozal

kadınların %13'ünde ve postmenopozal kadınların %37'sinde frontal ve fronto-parietal saç çizgisinde gerileme görülür. Frontal saç çizgisinden tepe noktasına doğru inceleme genellikle yaşa bağlı saç dökülmesidir. Postmenopozal kadınlarda da kadın tipi androjenik alopesi olarak saç dökülmesi görülebilir. Bu, erkek tipi saç dökülmesinden farklıdır çünkü çoğu durumda saç çizgisinin tutulmasıyla daha dağınıktır (Wines ve Willstead, 2001).

1.5.5. Cinsel Sorunlar

Cinsel yaşantı, kadının psikolojik iyilik hâlini doğrudan etkileyerek genel yaşam kalitesinin belirleyici bileşenlerinden biridir. Menopozal geçiş; hormon, beden ve sosyal rollerdeki eşzamanlı değişimleriyle cinsel işlev bozukluklarının artış gösterdiği bir dönemdir (Thornton vd., 2015).

Menopoz yaşlanmayla ilişkilendirildiğinden, menopoz değişiklikleri ve yaşlanma değişiklikleri sıklıkla üst üste bindirilir. Geleneksel bakış açısında ileri yaşlı kadın, cinsel çekicilik veya aktif cinsellikle pek bağdaştırılmamıştır. Doğurganlık evrimsel olarak cinsel aktiviteyle ilişkilendirildiğinden, cinsel alışveriş genellikle doğurganlıkla eşanlı olarak yanlış anlaşılır ve bu nedenle doğurganlığın sona ermesi çoğu zaman hatalı biçimde 'aseksüelliğin' kaçınılmaz işareti olarak yorumlanmıştır (Thornton vd., 2015).

Hormonal ortam, kadınların cinsel işlevlerinin başlıca itici gücüdür. Seks steroidleri östrojenler, progesteronlar ve androjenler genital organlarda hem organizasyonel hem de trofik etkiler uygulayarak beyin tepkisini etkiler ve dokuların uyarılara tepki eşiğini düzenler. Doğal menopozun karakteristik tetikleyicisi, yumurtalık fonksiyonunda bir düşüş olup, dolaşımdaki östradiol seviyelerinde bir azalmaya yol açar. Kronik olarak östrojenden yoksun kalmış yaşlı kadınlarda ürogenital atrofi, bu dönemde cinsel işlev bozukluğunun artmasının başlıca nedenlerinden biridir. Atrofik ürogenital değişikliklerle ilişkili semptomlar arasında vajinal kuruluk, vulvovajinal pruritis, koital ağrı, postkoital kanama, idrar aciliyeti ve idrar sıklığı ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları yer alır. Cinsel ilişki ağrısı ve kanamaya ek olarak, idrar tutamama, menopozla birlikte ürogenital sistemde meydana gelen değişiklikleri yansıtır. Bu nedenle ürogenital bütünlükteki değişiklikler, menopozlu kadınlar için cinsel ilişki genellikle ağrıyla belirginleştiği ve genellikle cinsel ilgi ve cinsel aktivitenin azalmasıyla sonuçlandığı için tatsız bir deneyimdir. Menopozlu kadınlar ayrıca cinsel ilişkiden sonra idrar sıklığı, yanma ve basınçtan bahsedebilir ve bu da cinsel ilişkiye olan ilgilerini azaltır. Postmenopozal kadınların yarısından fazlası, vulvovajinal yakınmaların hem cinsel

yaşantılarını hem de partner ilişkilerini olumsuz etkilediğini bildirmektedir (Bachmann ve Leiblum, 2004; Nappi R. vd., 2015).

1.5.6. Kardiyovasküler Değişiklikler

Dünya çapında kadın ölümlerinin başlıca nedeni kardiyovasküler hastalıklardır; olguların büyük kısmı koroner arter patolojilerine, daha küçük bir bölümü ise serebrovasküler veya periferik arter hastalıklarına bağlanmaktadır. Obstrüktif koroner arter hastalığı kadınlarda erkeklere göre ortalama 7–10 yıl daha geç başlangıç gösterir ve her yaş grubunda fokal stenoz sıklığı görece daha düşüktür (Maas vd., 2021; Regitz-Zagrosek ve Gebhard, 2023).

Postmenopozal dönemde ovaryen östrojen üretiminin keskin biçimde düşmesi, metabolik-vasküler aks üzerinde bir dizi olumsuz değişikliği tetikler. Çalışmalar lipoprotein dağılımının aterojenik yöne kaydığını, glikoz-insülin homeostazının bozulduğunu ve visseral yağ birikiminin arttığını göstermektedir. Buna ek olarak, koagülasyon-fibrinoliz dengesinde sapmalar ve endotelial disfonksiyon da menopoz sonrası dönemin karakteristik bulguları arasındadır (Bales, 2000).

Östrojen düzeylerindeki düşüş, lipid profili üzerinde de belirgin değişikliklere yol açar. Menopoz, HDL kolesterol düzeyini azaltırken; toplam kolesterol, trigliseritler, LDL kolesterol ve VLDL kolesterol düzeylerini artırır. Bu değişiklikler aterosklerotik süreçlerin hızlanmasına ve kardiyovasküler hastalık riskinin artmasına neden olur (Kilim ve Chandala, 2013). Bununla birlikte, östrojen eksikliği damar fonksiyonlarını da olumsuz etkiler. Düşük östrojen düzeyleri, artan inflamasyonun yanı sıra renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi, sempatik sinir sistemi ve nitrik oksit bağımlı vazodilatasyonun azalması gibi hormonal sistemlerde yukarı regülasyona yol açar. Sağlıklı bir endotelin östrojenin vazodilatör etkilerine duyarlı olması, menopoz sonrası dönemde bu etkilerin azalmasıyla birlikte bozulur. Zamanla gelişen damar sertliği ve aterosklerotik plak oluşumu ile bu durum daha da kötüleşir. Kadınlarda erkeklere göre plak yükü daha az olmakla birlikte, vasküler kalsifikasyon oranı daha düşüktür. Ancak, ateroskleroz daha yaygın ve dağınık bir şekilde görülür; ayrıca yumuşak plaklar ve eroziv lezyonlar kadınlarda daha sık izlenmektedir (Cadeddu vd., 2016).

1.5.7. Kas İskelet Sistemi

Kas-iskelet dokusunun bütünlüğü her iki cinste de seks steroidlerine bağlıdır; kadınlarda ise anahtar hormon östrojen olup kemik ve bağ dokusunun trofik dengesini korur. Menopoz dönemi, osteoporoz, osteoartrit ve sarkopeni gibi kas-iskelet sistemi hastalıklarının görülme sıklığında artış ile ilişkilidir. Postmenopozal yakınmalar çoğunlukla sinisi somatik ağrılar, ekstremiteler-omurga rahatsızlıkları ve fiziksel kapasitede düşüş olarak raporlanır (Plotkin vd., 2024; Sipilä ve Poutoma, 2003).

Perimenopozal dönemde kas-iskelet sistemi ağrılarının yaygınlığı yaklaşık %71 olarak bildirilmektedir. Bu dönemdeki kadınlar, premenopozal dönemde olanlara kıyasla kas-iskelet ağrısı açısından daha yüksek risk altındadır. Perimenopoz süresince kemik mineral yoğunluğunda ortalama %10 oranında bir azalma gözlenmektedir; buna ek olarak, menopoz sonrası dönemde kadınlarda kas kütlesi her yıl yaklaşık %0,6 oranında azalmaktadır. Bu fizyopatolojik değişikliklerin temelinde, östrojenin en biyolojik olarak aktif formu olan estradiol düzeylerindeki düşüşün yattığı düşünülmektedir. Estradiol eksikliği, kemik, tendon, kas, kırık, bağ ve yağ dokusu dahil olmak üzere hemen her tür kas-iskelet dokusunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Sipilä ve Poutoma, 2003).

Menopoz sonrası dönemde görülen kemik kaybı hem trabeküler hem de kortikal kemiklerin mikro mimarisinde kademeli ve ilerleyici bir bozulmaya neden olarak iskeletin genel dayanıklılığını azaltmakta ve kırık riskini artırmaktadır. Premenopozal kadınlarda vertebralarda ve uzun kemiklerin epifiz bölgelerinde gözlenen kalın ve yoğun trabeküler yapı, menopoz sonrası süreçte incelmekte, perforasyonlara uğramakta ve zamanla tamamen rezorbe olabilmektedir. Bunun sonucunda, daha önce kemik dokusuyla dolu olan alanlarda boşluklar meydana gelir. Kortikal kemik, dış yüzeyde yer alan kalın ve kompakt yapısına rağmen, iç yüzeyden itibaren incelmekte ve kemik rezorpsiyonunun, kemik oluşumuna baskın hale gelmesi nedeniyle artan porozite ile karakterize bir yapıya dönüşmektedir (The North American Menopause Society, 2021).

1.5.8. Nörolojik Semptomlar

Kadınların yaklaşık üçte ikisi menopoz geçiş sürecinde unutkanlık, bulanık düşünme, zayıflamış çalışma belleği ve dikkat dağınıklığı gibi bilişsel işlev bozuklukları yaşamaktadır. Bu tür bilişsel eksikliklerin ortaya çıkmasında, östrojendeki dalgalanmalar da dahil olmak

üzere hormonal değişikliklerin önemli bir rol oynadığı düşünölmektedir. İnsan beyinde, dil, dikkat ve yürütücü işlevler gibi yüksek düzeyde bilişsel süreçlerden sorumlu bölgelerde östradiol reseptörlerinin bulunduğu bilinmektedir. Dışarıdan alınan (ekzojen) östrojenin ise çalışma belleği, yürütücü işlevler, dil ve dikkat üzerinde olumlu etkiler yarattığı çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu bağlamda, menopoz sırasında yaşanan geçici hipoöstrojenik dönemlerin bilişsel performansta azalmaya neden olabileceği öne sürölebilir (Giannini vd., 2021).

Östrojenler, öğrenme, bilgi kaydetme ve geri çağırma, yargılama ve dil becerileri gibi işlevleri kontrol eden prefrontal korteks, hipokampus ve striatum gibi beyin bölgeleri üzerinde etkili olduklarından, merkezi sinir sistemi (MSS) ile ilişkili dejeneratif hastalıkların fizyopatolojisinde de önemli bir yere sahiptir. Seks hormonları ve bunlara ait reseptörler; sinaptogenez, nöronal büyüme ve nöronal iletim gibi temel nörolojik süreçlere katkıda bulunur. Aynı zamanda, MSS'de distrofi ve demansa neden olabilen inflamatuvar yanıtların sınırlandırılmasında da rol oynarlar. Alzheimer hastalığında görölen hafıza bozukluklarının etiyolojisi çok faktörlü olmakla birlikte, östrojenlerin koruyucu bir etkisi olduğu ve hastalığın latent dönemini uzatabildiği görölmüştür (Paganini-Hill ve Henderson, 1994).

1.5.9. Uyku Problemleri

Uyku bozuklukları menopozun başlıca semptomlarından biridir. Uyku problemleri %16-%42'den perimenopozda %39-%47'ye ve postmenopozda %35-%60'a yükselir. Yaşlı kadınların %38'inde uyku güçlüğü bildirilmiştir ve yaşa göre ayarlanmış oranlar geç perimenopozda (%45,4) ve cerrahi olarak postmenopozda (%47,6) kadınlarda en yüksek bildirilmiştir. Menopoz döneminde en sık bildirilen yakınmalar; uykuya dalmada güçlük, gece boyunca sık uyanma ve sabah çok erken kalkmadır (Tandon vd., 2022).

Literatür, over kaynaklı steroid hormonların uyku düzeni üzerinde belirgin etkiler oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Progesteronun sedatif ve anksiyolitik etkileri olduğu gösterilmiştir. Östrojenin uyku yapısı üzerindeki etkisi karmaşıktır çünkü östrojenin uyku yapısını potansiyel olarak etkileyen çok çeşitli etkileri vardır. uyku düzenini etkileyen norepinefrin, serotonin ve asetilkolin-nörotransmitterlerinin metabolizmasıyla ilişkilidir. Deneysel çalışmalar, östrojen desteğinin uyku gecikmesini kısalttığını, gece içi spontan uyanmaları azalttığını ve toplam uyku süresini uzattığını göstermektedir (Lee vd., 2019).

1.6. Menopoza İlişkin Tutum

Tutum, herhangi bir nesneye ya da kişiye yönelik değer yargısıdır; genellikle altta yatan inançlarımıza dayandığından, belirli durumlarda nasıl hissedeceğimizi ve tepki vereceğimizi öngörür (Myers ve Twenge, 2012).

Davranış tutumlar tarafından yönlendirilir, çünkü bir kişinin düşüncesi değiştiğinde davranışı da değişebilir. Duygusal (nasıl hissettiğimiz), bilişsel (nasıl düşündüğümüz) ve davranışsal (nasıl davrandığımız), tutumların üç temel bileşenidir. Duygusal tepkiler, tutumun amacıyla uyumlu koşullara tekrar tekrar maruz kaldığında değişebilen duygusal tutumlara yansır (Arrogante vd., 2025).

Kadınların menopoza bakışını şekillendiren en belirgin etkenler arasında ait oldukları kültür ve etnik normlar bulunur; menopozu 'doğal bir evre' ya da 'hastalık' olarak görme eğilimleri bu bağlamsal faktörlere bağlıdır (Tümer ve Kartal, 2018).

Olumsuz menopoz tutumları dönemi daha zorlayıcı kılarken, olumlu tutumlar semptom yoğunluğunu azaltır; negatif bakış açısı cinsel işlev bozukluğu ve depresif belirtilerle de ilişkilidir (Gönenç ve Koç, 2019).

1.7. Uyku

Uyku, davranışsal açıdan; azalmış motor aktivite, dış uyaranlara karşı azalmış tepki, stereotipik duruş ve görel olarak kolay geri döndürülebilirlik ile tanımlanmaktadır. Bilimsel olarak ise, uyku; elektroensefalogram (EEG), elektromiyogram ve elektro-okülogram gibi elektrofizyolojik parametreler aracılığıyla tanımlanmakta ve değerlendirilmektedir (Gulia ve Kumar, 2018).

Fizyolojik ve psikolojik sağlığın korunmasında temel bir süreç olan uyku, hem nicelik hem de nitelik açısından vücudun hemen her sistemini etkilemektedir. Yetersiz ya da kalitesiz uyku; kardiyovasküler sağlık, ruhsal durum, bilişsel işlevler, bellek konsolidasyonu, bağışıklık sistemi, üreme sağlığı ve hormonal düzenleme üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Baranwal vd., 2023).

Uygunun süresi ve kalitesi, yaşam süreci boyunca belirgin biçimde değişiklik gösterir. Genç yetişkinlerde günlük 7,0 ila 8,5 saatlik uyku süresi genellikle dinlendirici kabul edilirken, bireyler arası önemli farklılıklar gözlemlenebilir. İleri yaşlarda ise uyku süresi sıklıkla 6 saatten daha kısa olmakta ve gece uykusu bölünmelerle karakterize olmaktadır (Hirshkowitz vd., 2015).

Yaşlanmayla birlikte uyku gereksinimi sabit kalsa da, uyku kapasitesi azalabilmektedir. Biyolojik, çevresel ve psikososyal faktörler, yaşlı bireyleri uyku bozukluklarına karşı daha savunmasız hale getirebilir. Uyanıklık süresinin artması, derin uyku evresinin azalması, daha kısa toplam uyku süresi, erken uykuya dalma ve erken uyanma eğilimleri gibi yaşa bağlı değişimler; uyku mimarisi ve sirkadiyen ritimde bozulmalara neden olarak uygunun daha yüzeysel ve daha az dinlendirici hissedilmesine yol açabilir (Gulia ve Kumar, 2018).

1.7.1. Uyku Fizyolojisi

Uyku, hem bedenin hem de zihnin yenilenmesini sağlayan dinamik bir süreçtir ve homeostatik mekanizmalar ile sirkadiyen ritim tarafından düzenlenir. Uyku sırasında motor aktivite azalır, dış çevreye verilen tepkiler düşer ve bu durum geri döndürülebilir bir bilinç hali olarak tanımlanır. Nörofizyolojik açıdan ise uyku, beynin çeşitli bölgelerinde gerçekleşen karmaşık etkileşimlerin bir ürünüdür (Saper vd., 2005).

Fizyolojik olarak uyku iki temel evreden oluşur: REM (Hızlı Göz Hareketi) uykusu ve NREM (REM Dışı) uyku. NREM uykusu, üç aşamadan (N1, N2, N3) oluşur ve özellikle N3 evresi (derin uyku), bağışıklık sistemi ile fiziksel toparlanma açısından kritik öneme sahiptir. REM uykusu ise beynin yüksek aktivite gösterdiği ve rüyaların yoğun olarak görüldüğü dönemdir. Bu evre, öğrenme ve hafıza gibi bilişsel süreçlerde rol oynamaktadır (Diekelmann ve Born, 2010).

Uyku süreci, özellikle hipotalamus, beyin sapı ve talamus gibi bölgelerin koordineli çalışmasıyla sürdürülür. Beynin sirkadiyen saatini yöneten suprachiasmatic nucleus (SCN), melatonin salgısını düzenleyerek uyku-uyanıklık döngüsünün biyolojik temellerini oluşturur. Bu sistem içerisinde GABA, serotonin, asetilkolin, dopamin ve oreksin gibi çeşitli nörotransmitterler görev alır ve uygunun başlaması, sürmesi ve sonlanmasında önemli roller üstlenir (Monk ve Welsh, 2003).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, uykunun sadece dinlenme değil aynı zamanda beyin detoksifikasyonu açısından da kritik olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle gece boyunca aktive olan glimfatik sistem, beyin omurilik sıvısı yoluyla toksik atıkların temizlenmesini sağlar (Xie vd., 2013).

1.7.2. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi ve uyku süresi ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olmasına rağmen, etkileri basitçe eklemeli değildir ve uyku kalitesinin sağlık sonuçlarıyla daha yakından ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Kesin olmayan tanımına rağmen, "uyku kalitesi", hem kişinin uyku deneyimiyle ilgili öznel memnuniyetini hem de uyku süresi, uykuya dalma gecikmesi, uykunun sürdürülmesi ve uyku verimliliği gibi uykunun nicel bileşenlerini içeren bir yapı olarak kavramsallaştırılmış, yaygın olarak kabul görmüş bir terimdir (Schmickler vd., 2023).

Uyku kalitesinin fizyolojik temelleri, hem sirkadiyen ritim hem de homeostatik uyku sürücüleri tarafından belirlenir. Sirkadiyen ritim, çevresel ışık koşullarıyla senkronize olan ve beynin suprakiasmatik ekirdek (SCN) (SCN) bölgesi tarafından yönetilen içsel bir biyolojik saattir. Homeostatik mekanizma ise, uyanıklık süresi uzadıķa artan ve uyku basıncını temsil eden bir süreçtir. Uyku kalitesini etkileyen bu mekanizmaların bozulması, bireyin uyandıktan sonra yeterince dinlenmiş hissetmemesine yol açabilir (Borbly, 1982).

Yetersiz uyku kalitesi, sadece uyku süresinin az olmasıyla sınırlı değildir; uykunun derinlik düzeyi, sürekliliği ve evrelerinin dengeli dağılımı da önemli belirleyicilerdir. Örneğin, NREM evrelerinde özellikle evre N3 (derin uyku) ve REM uykusundaki kesintiler, uyku kalitesini düşürmekte ve bu durum gündüz yorgunluğu, dikkat eksikliği ve bilişsel performans kayıplarıyla ilişkilendirilmektedir (Medic vd., 2017).

Uyku kalitesi; fiziksel sağlık (rneğin kardiyovasküler ve metabolik sistemler), ruh sağlığı (depresyon, anksiyete) ve yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili bir faktördür. Uzun vadeli uyku kalitesi düşüklüğü, hipertansiyon, obezite, tip 2 diyabet ve bağışıklık sistemi zayıflığı gibi kronik hastalık risklerini artırmaktadır. Ayrıca, psikolojik stres, düzensiz yaşam tarzı, gece vardiyası gibi çevresel ve davranışsal etkenler de uyku kalitesini olumsuz etkileyen başlıca faktörler arasında yer almaktadır (Grandner, 2022).

Uyku kalitesinin bozulması bireyler de duygu, düşünce ve adaptasyonda bozulmalara neden olur. Eğer kişi kendini yeteri kadar uyuyup dinlenmiş hissetmiyorsa yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta olumsuzluklara neden olabilir (Çetinol ve Özvurmaz, 2018).

1.8. Hemşirelik Yaklaşımı

Menopoz, kadınların yaşam döngüsünde önemli bir biyopsikososyal geçiş evresidir. Bu süreçte yaşanan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin karmaşıklığı nedeniyle, kadınların bu dönemi daha sağlıklı ve anlamlı bir şekilde geçirebilmeleri için profesyonel sağlık desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelik, bu süreçte kadına bütüncül yaklaşımı esas alarak; bireysel gereksinimleri belirleyen, eğitim, danışmanlık ve psikososyal destek sunan bir mesleki çerçevede önemli rol üstlenmektedir.

Menopoz, yaşlanma, orta yaş ve rol değişiklikleri ile bağlantılı olup, sosyo-kültürel açıdan yönlendirilmiş anlamlarla çevrili bir yaşam geçişidir. Bu bağlamda hemşirelik bakımının temel hedeflerinden biri, geçiş sürecindeki bireylerin yaşantılarını anlamak ve bu süreci daha sağlıklı bir şekilde yönetebilmeleri için gerekli olan bilgi, rehberlik ve duygusal desteği sunmaktır (Öztürk Eyimaya ve Tezel, 2021).

Hemşireler; kadınların menopoz dönemine ilişkin bilgi düzeylerini artırmak, yanlış inanışları gidermek ve pozitif tutum geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla eğitici rolleriyle öne çıkar. Özellikle semptom yönetimi, yaşam tarzı değişiklikleri (dengeli beslenme, egzersiz, sigaranın bırakılması), uyku hijyeni ve stresle başa çıkma yöntemleri konusunda bilgilendirme yapılması büyük önem taşır. Bu eğitimlerde; menopozun doğal bir yaşam evresi olduğu, yaşam tarzı değişikliklerinin semptom kontrolüne katkı sağlayabileceği ve gerektiğinde profesyonel destek alınmasının önemine vurgu yapılmalıdır.

Hemşirelik yaklaşımı; semptomları hafifletmeye yönelik bireyselleştirilmiş stratejiler içermelidir. Kadının bu biyopsikososyal geçiş sürecinde güçlenmesini, kendi bedenine ve yaşamsal süreçlerine dair farkındalığını artırmasını ve yaşam kalitesini koruyarak sağlıklı yaşlanmasını destekleyen profesyonel bir rehberlik sağlamaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırma STRAW evreleme sistemine göre evre+1b ile sonraki dönemde yer alan kadınların menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

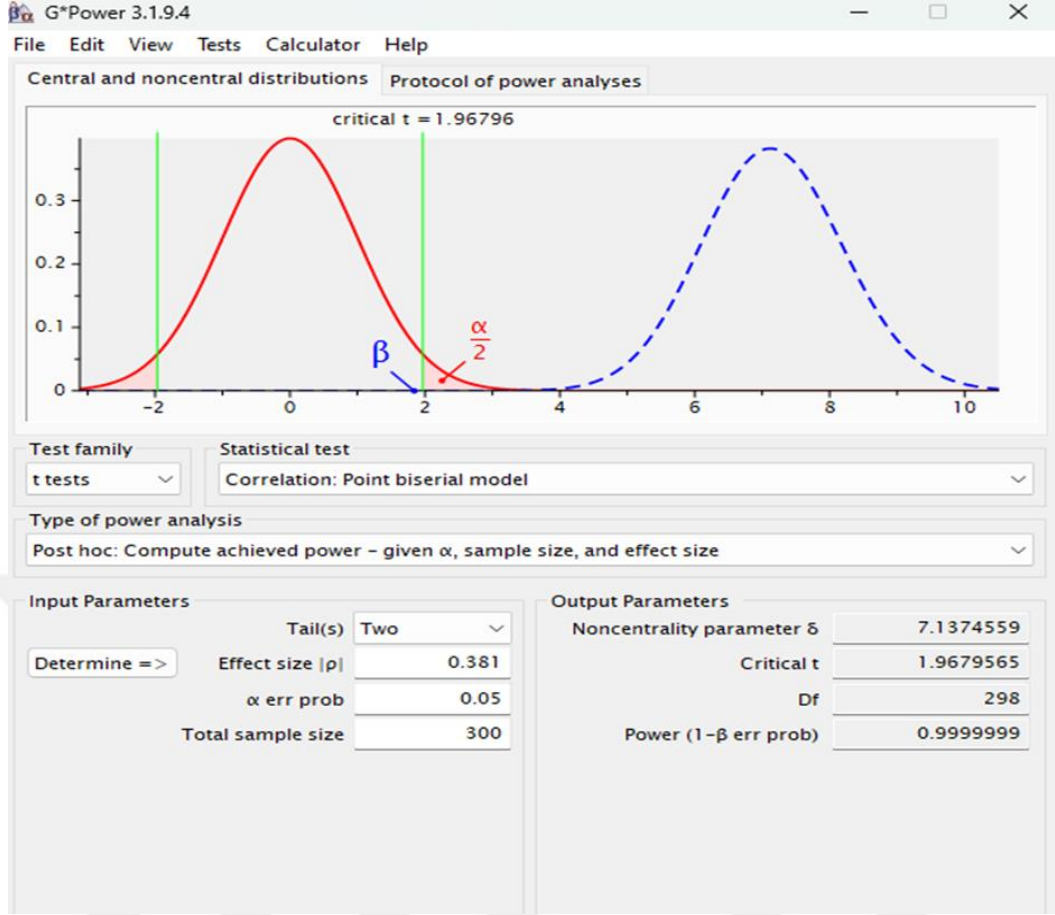
2.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Yenimahalle Yeşilevler Ertuğrul Şimşek Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı menopoz ve postmenopozal dönemindeki tüm kadınlar oluşturmuştur. Yenimahalle, Ankara ilinin en kalabalık nüfuslu üçüncü ilçesidir. Yenimahalle ilçesi pek çok sosyo-ekonomik düzeyden insanın yaşadığı, nispeten ulaşımı rahat ve gelişmiş büyük bir bölgedir. Aile sağlığı merkezinde 6 hekim, 6 hemşire, 1 yardımcı personel çalışmakta, hafta içi 08.30-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir.

2.2.1. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaşından küçük ve en az bir yıldır menopozda olan kadınların net sayısına veri tabanından ulaşılamamıştır. Ancak Aile Sağlığı Merkezinin altı birimden oluştuğu ve toplamda yaklaşık 675 kadının olabileceği tespit edilmiştir. Bu sayı üzerinden evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılarak yapılan örneklem hesabında %5 örneklem hatası %5 anlamlılık düzeyinde 275 kadın ile çalışılması gerektiği bulunmuştur. Çalışmada veri kayıpları da göze alındığında 300 kadının çalışmaya alınması planlanmıştır. Araştırma süresince 310 kadın ile görüşülmüş, 3'ü formları teslim etmediği, 6'sı veri toplama formlarını eksik doldurduğu ve 1 katılımcı da çalışmadan ayrılmaya karar verdiği için toplam da 300 katılımcı ile araştırma tamamlanmıştır.

Verilerin tamamlanmasından sonra araştırmada örneklem yeterliliğini belirlemek için; Post Hoc Güç analizi yapılmıştır. G*Power (3.1.9.4 versiyon) programı ile yapılan hesaplamaya göre; tip hata miktarı 0.05, $N_2/N_1=1$, $Df=298$, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde ve etki büyüklüğü $d=0.381$ olarak alınmasıyla testlerde ilişkiye bakılan 300 menopoz dönemindeki kadının katıldığı araştırmada testin gücü, %99.9 olarak bulunmuştur.



Şekil 2.1. G*Power ile yapılan post-hoc güç analizi çıktısı

2.3. Araştırma Soruları

1. Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomları nelerdir?
2. Menopoz dönemindeki kadınlarda uyku sorunları nelerdir?
3. Menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumları nasıldır?
4. Menopoz ilişkin tutum ve semptomların uyku kalitesi ile ilişkisi nedir?

2.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

2.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Araştırmaya gönüllü olması
2. Okur-yazar olması
3. En az bir yıldır menopozda olması
4. İletişim kurmaya engel bir duruma sahip olmaması
5. Türkçe okuyup, anlayabilmesi

2.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Uygulama sırasında menopoz semptomları için tedavi alması
2. Psikiyatrik hastalık tanısı olması
3. Antidepresan, antihistaminik, benzodiazepin, hipnotik ve narkotik ilaç kullanması
4. 65 yaşından büyük olması

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Kadınların sosyodemografik (yaş, medeni durum, meslek, aile tipi, ekonomik düzey, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı vb.) özellikleri, menopoz konusunda bilgi alma durumu, eş ve sosyal desteği alma durumu, bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği puanları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplanmasında; Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4), Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ)(Ek-5), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)(Ek-6) ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)(Ek-7) kullanıldı.

2.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Kişisel bilgileri içeren bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (Orhan, 2020; Sözer, 2020). Menopozal dönemdeki kadınların Yaş, eğitim durumu, ekonomik durumu, aile tipi, medeni durumu, herhangi bir kronik rahatsızlığın varlığı, menopoza girme yaşı, menopoz dönemiyle ilgili bilgi alma durumu, menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığında değişim gibi özellikleri içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

2.6.2. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği

Uçanok tarafından (1994) yılında geliştirilen ölçek farklı yaş grubundaki kadınların menopoza yönelik tutumlarını değerlendirmektedir. Ölçek, menopoz sürecine ve sonrasına ilişkin tutumları ölçmeye yönelik toplam 20 maddeden oluşan, 5'li Likert tipi bir yapıdadır. Her bir maddede, katılımcılara olumlu veya olumsuz nitelikte ifadeler sunulmakta; bu

ifadelere verilen yanıtlar “Kesinlikle katılmıyorum” (0 puan), “Katılmıyorum” (1 puan), “Kararsızım” (2 puan), “Katılıyorum” (3 puan) ve “Kesinlikle katılıyorum” (4 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte 2 olumlu, 18 olumsuz madde yer almaktadır. Olumsuz ifadeler ters puanlanarak toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan aralığı 0 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar olumlu tutumu, düşük puanlar ise olumsuz tutumu ifade etmektedir. Ölçekten alınan puanın ortalamasının üzerinde olması, bireyin menopoza yaşantısına ve sonrasına yönelik daha olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin analizler, katılımcıların madde yanıtları üzerinden hesaplanan Cronbach-Alfa katsayısı ile belirlenmiştir. Tüm ölçek için hesaplanan iç tutarlık katsayısı 0.86’dır. Araştırmamız sonucunda, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ)’nin iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.91 hesaplanmıştır.

2.6.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Orijinal adı Menopause Rating Scale (MRS) olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk olarak 1992 yılında Schneider vd. tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve ülkemizde 2005’te Gürkan tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte her bir madde için “0= Hiç yok”, “1= Hafif”, “2= Orta”, “3= Şiddetli” ve “4= Çok şiddetli” seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44’tür. Ölçekten alınan toplam puanın artması yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı göstermektedir. Ölçeğin, tüm maddelerine verilen yanıtlardaki tutarlılığın ve madde homojenliğinin incelendiği Chronbach’s alpha güvenirlik katsayısı 0.84’tür. Alt gruplar için ise Chronbach’s alpha değeri Somatik semptomlar için 0,65, Psikolojik semptomlar için 0,79 ve Ürogenital semptomlar için 0,72 olarak belirlenmiştir. Araştırmamız sonucunda Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)’nin Cronbach Alfa katsayısı 0.80, alt boyutlarına ait iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayıları ise sırayla; “Somatik Şikâyetler” alt boyutu için (2 madde) 0.72; “Psikolojik Şikâyetler” alt boyutu için (6 madde) 0.75 ve “Ürogenital Şikâyetler” alt boyutunun (3 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.72 bulunmuştur.

2.6.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

Bastien vd. (2001) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması Boysan vd. (2010) tarafından yürütülen Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (Insomnia Severity Index – ISI), klinik ve araştırma ortamlarında yaygın biçimde kullanılan, yüksek geçerlik ve güvenirlik düzeyine sahip bir ölçme aracıdır. Ölçek, bireylerin son iki haftalık süreçte deneyimledikleri uykusuzluk semptomlarını öz-bildirim yoluyla değerlendirmelerine olanak tanır. Toplam yedi maddeden oluşan ISI, her biri beşli Likert tipi ölçekle (0 “belirti yok” – 4 “çok şiddetli belirti”) puanlanır; toplam puan aralığı 0–28’dir ve yükselen puanlar, artan uyku güçlüğü düzeyini gösterir. Ölçeğin maddeleri sırasıyla uykuya başlama zorlukları, uykunun sürdürülmesinde güçlükler, çok erken uyanma, uyku kalitesinden duyulan memnuniyet, gün içi işlevsellikte ortaya çıkan kısıtlanmalar, uyku bozukluklarının başkaları tarafından fark edilebilirliği ve uyku sorunlarının yol açtığı stres düzeyini ölçer. ISI puan yorumlaması şu şekildedir: 0–7 arası “klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk”, 8–14 arası “uyku güçlüğü alt eşiği”, 15–21 arası “orta şiddette klinik uykusuzluk”, 22–28 arası ise “şiddetli klinik uykusuzluk” olarak kabul edilir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.79 olarak hesaplanmıştır. Ölçek hem bireyin kendi değerlendirmesi hem de bir bakım veren ya da klinisyen tarafından yapılan değerlendirmelerde uygulanabilir. Araştırmamız sonucunda Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) (7 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

2.7. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri Yenimahalle Yeşilevler Ertuğrul Şimşek Aile Sağlığı Merkezinde Ekim- Aralık 2024 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama işlemi, aile sağlığı merkezi içinde, bireylerin rahatça oturup veri toplama formunu doldurabileceği, mahremiyetin sağlanabildiği, sessiz, sakin bir odada gerçekleştirildi. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulandı. Veri toplama formlarının doldurulmasının ortalama 10-15 dakika sürdü.

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın etik kurul onayı için Ankara Üniversitesi Etik Kurulundan 13.05.2024 tarihinde 56786525-050.04.04\1382582 sayılı izin alındı (Ek-1). Araştırmanın yürütülmesi için ilgili aile sağlığı merkezinden gerekli kurum izinleri alındı (Ek-2). Çalışmanın bilimsel

yönünü, amacını, katılımın gönüllülük esasına dayandığı, kimlik bilgilerinin hiçbir şekilde paylaşılmayacağını, istedikleri zaman ayrılabilceğini içeren gönüllü yazılı onamları alındı (Ek-3). Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi için ilgili yazarlardan e-posta yoluyla izin alındı (Ek-8, Ek-9, Ek-10). Çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uygun olarak gerçekleştirildi.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada verilerinin değerlendirilmesinde SPSS (ver:23.0) programı kullanılmıştır. Tanıtıcı Bilgi Forumu'ndan elde edilen veriler üzerinden tanımlayıcı istatistik testleri kullanılarak araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların tanımlayıcı/sosyo-demografik özelliklerinin sayı, yüzdeler dağılımları, minimum ve maksimum değerleri ile ortalama ve standart sapma değerleri belirlendi. Ölçekler ve alt boyutlarının puanlarına göre yapılan bütün analizlerde parametrik testler kullanıldı. Elde edilen veriler üzerinden Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalaması, standart sapması, maksimum ve minimum değerleri saptandı. Güvenirlik analizi ile ölçekler ve alt boyutlarının iç tutarlılık Cronbach Apha güvenirlilik katsayısı hesaplandı. Çalışmada, bağımsız gruplarda ortalamalar arasında farklılık olup olmadığını karşılaştırılmasında iki grup için Bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup için ANOVA Varyans analizi kullanıldı. Varyans analizinde gruplar arası fark Tukey Post Hoc testi ve Tamhane's T2 testleri ile incelendi. Grupların homojen olup olmadıkları Levene Testi ile incelendi. Araştırmada menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi ile ilişkisini belirlemek için Pearson Korelasyon Katsayısı analizi uygulandı. Çalışmada, menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını belirlenmesinde Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

3. BULGULAR

Bu bölümde; menopoz dönemindeki kadınlarının menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi ile ilişkisini/ menopoz tutum ve semptomlarının uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilen araştırmanın tablo bulguları ve yorumları aşağıda yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Menopoz dönemindeki kadınların sosyo- demografik verilerin dağılımı (n=300)

Sosyo- Demografik Veriler	n	%
Yaş [Ort.±SS (min- maks)]= [55,59±4,25 (46-64) yaş]		
46-52 yaş	77	25,7
53-59 yaş	161	53,7
60 yaş ve üzeri	62	20,6
Eğitim durumu		
Okuryazar	38	12,7
İlköğretim	139	46,3
Lise	103	34,3
Üniversite ve üzeri	20	6,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	73	24,3
Çalışmıyor	227	75,7
Ekonomik durumu		
Gelir-gidere denk	164	54,7
Gelir-giderden fazla	109	36,3
Gelir-giderden az	27	9,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	234	78,0
Geniş aile	33	11,0
Yalnız yaşayan	33	11,0
Kronik hastalık		
Var	157	52,3
Yok	143	47,7
Hastalık tanısı* (n=157)		
Hipertansiyon	78	49,8
Diyabet	46	29,4
Hipotroidi	15	9,5
Kalp hastalığı	11	3,2
Guatr	3	1,0

*Yüzdeler, birden fazla seçenek işaretleyen kişiler üzerinden hesaplanmıştır.

**Yüzdeler, n üzerinden hesaplanmıştır.

Çizelge 3.1’de menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Çalışmada menopoz dönemindeki kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; menopoz dönemindeki kadınların ortalama 55,59±4,25 (46-64) yaşında, %46,3’ünün ilköğretim mezunu, %75,7’sinin çalışmadığı, %54,7’sinin geliri-gidere denk olduğu, %78’inin çekirdek ailede yaşadığı, %52,3’ünün kronik hastalık tanısı olduğu, kronik hastalığı olanların 49,7’inde hipertansiyon (n=78), %29,3’ünde diyabet (n=46) ve %9,5’inde hipotroidi (n=15) tanısı olduğu saptandı (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.2.Menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=300)

Menopoza İlişkin Özellikler	n	%
Menopoza girme yaşı [Ort.±SS (min- maks)]= [48,42±2,03 (42-55) yaş]		
42-46 yaş	46	15,3
47-51 yaş	240	80,0
52 yaş ve üzeri	14	4,7
Menopoz dönemiyle ilgili bilgi alma durumu		
Evet	57	19,0
Hayır	243	81,0
Menopoz dönemiyle ilgili bilgi alınan kaynak** (n=57)		
Sağlık çalışanı	41	71,9
Diğer (internet, aile ve arkadaş çevresi)	16	28,1
Menopoz sonrası uyku alışkanlığının değiştiği düşüncesi		
Evet	243	81,0
Hayır	57	19,0
Menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığında değişim*		
Gece uykuları çok bölünmeye başladı	176	58,7
Uykuya dalma süre uzadı/Uyumakta güçlük çekmeye başladı	159	53,0
Sabah uykusunu almadan uyanmaya başladı	133	44,3
Daha fazla uyumaya başladı	47	15,7

*Yüzdeler, birden fazla seçenek işaretleyen kişiler üzerinden hesaplanmıştır.

**Yüzdeler, n üzerinden hesaplanmıştır.

Çizelge 3.2’de menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Menopoz dönemindeki kadınların ortalama 48,42±2,03 (42-55) yaşında ve %80’inin 47-51 yaş aralığında menopoza girdiği, %19’unun menopoz dönemiyle ilgili bilgi aldığı, bilgi kaynağının da %71,9’unun (n=41) sağlık çalışanları olduğu belirlendi. Çalışmada menopoz dönemindeki kadınların %81’inin menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığının değiştiğini düşündüğü tespit edildi. Ayrıca kadınların %58,7’sinin (n=176) gece uykularının çok bölünmeye başladığı, %53’ünde (n=159) uykuya dalma süresinin uzadığı/uyumakta güçlük çekmeye başladığı, %44,3’ünün (n=133) sabah uykusunu almadan uyanmaya başladığı ve %15,7’sinde (n=47) daha fazla uyumaya başladığını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam davranışı özelliklerinin dağılımı (n=300)

Sağlıklı Yaşam Davranışı	n	%
Aydınlıkta uyuma alışkanlığı		
Var	97	32,3
Yok	203	67,7
Yatak dışında (salonda, çekyatta) uyuma alışkanlığı		
Var	164	54,7
Yok	136	45,3
Sabah uyanma şekli		
Kendiliğinden	160	53,3
Alarm ile	140	46,7
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	98	32,7
Kullanmıyor	202	67,3
Alkol kullanma durumu		
Kullanıyor	13	4,3
Kullanmıyor	287	95,7
Düzenli egzersiz yapma durumu (haftada en az 150 dakika ve orta yoğunlukta)		
Yapıyor	113	37,7
Yapmıyor	187	62,3
Sabahları uykusunu almış bir şekilde uyanma durumu		
Evet	92	30,7
Hayır	208	69,3
Uyumayı kolaylaştırmak için yapılan özel bir uygulama (Sıcak süt içmek, duş alıp yatmak, kitap okumak vb.)		
Evet	39	13,0
Hayır	261	87,0

*Yüzdeler, birden fazla seçenek işaretleyen kişiler üzerinden hesaplanmıştır.

**Yüzdeler, n üzerinden hesaplanmıştır.

Çizelge 3.3’de menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam davranışı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Menopoz dönemindeki kadınların %62,3’ünün düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. %32,7’sinin sigara %4,3’ünün ise alkol kullandığı tespit edildi. Ayrıca kadınların %67,7’sinin aydınlıkta uyuma alışkanlığının olmadığı, %54,7’sinin yatak dışında (salonda, çekyatta) uyuma alışkanlığı olduğu ve %69,3’ünün sabahları uykusunu almış bir şekilde uyanmadığı ve %87’sinin uyumayı kolaylaştırmak için yaptığı özel bir uygulama (sıcak süt içmek, duş alıp yatmak, kitap okumak vb.) bulunmadığı belirlendi (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Menopoz dönemindeki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları toplam puan ortalamaları (n=300)

	Min.	Maks.	$\bar{X} \pm SS$
Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ) Toplam	14,00	80,00	48,46±13,01
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	0,00	25,00	10,17±5,16
Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) Toplam	1,00	37,00	15,75±6,68
Somatik Şikâyetler	0,00	8,00	3,22±1,63
Psikolojik Şikâyetler	1,00	3,004	9,66±4,23
Ürogenital Şikâyetler	0,00	1,00	2,87±2,35

Çizelge 3.4’de Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamaları verildi.

Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği’nden ortalama 48,46±13,01 (min.-maks.: 14-80) puan aldıkları ve menopoz dönemindeki kadınların menopozla ilişkin tutumlarının olumlu yönde olduğu belirlendi (Çizelge 3.4). Aynı tabloda menopoz dönemindeki kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi’nden ortalama 10,17±5,16 (min.-maks.: 0-25) puan aldıkları görülmektedir. Çalışmada menopoz dönemindeki kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi’nden aldıkları ortalama puana göre uykusuzluk alt eşliğinde oldukları belirlendi. Tabloda Menopoz dönemindeki kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği’nden ortalama 15,75±6,68 (min.-maks.:1-37) puan aldıkları görülmektedir. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği’nin alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; Somatik Şikâyetler alt boyutundan ortalama 3,22±1,63 puan (min.-maks.: 0-8); Psikolojik Şikâyetler alt boyutundan ortalama 9,66±4,23 puan (Min.-Maks.: 1-23) ve Ürogenital Şikâyetler alt boyutundan ortalama 2,87±2,35 puan (Min.-Maks.: 0-11) aldıkları belirlendi (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.5. Menopoz dönemindeki kadınların uykusuzluk şiddeti düzeyinin dağılımı (n=300)

Uykusuzluk Şiddeti Düzeyi	N	%
Klinik olarak önemsiz düzey	85	28,3
Hafif düzey	152	50,7
Orta düzey	57	19,0
Şiddetli düzey	6	2,0
Toplam	300	100,0

Çizelge 3.5’de menopoz dönemindeki kadınların uykusuzluk şiddeti düzeylerinin dağılımı verilmiştir.

Çizelge 3.5 incelendiğinde; menopoz dönemindeki kadınların %50,7’sinde (n=152) hafif düzeyde uykusuzluk şiddeti olduğu, %28,3’ünde (n=85) klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk şiddeti olduğu, %19’unda (n=57) orta düzeyde uykusuzluk şiddeti olduğu ve %2’sinde (n=6) şiddetli düzeyde uykusuzluk şiddeti olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.6. Menopoz dönemindeki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon

Ölçekler ve Alt Boyutları		1	2	3	4	5	6
1-Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği	<i>P</i>	-					
	<i>r^a</i>						
2-Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	<i>P</i>	-0,273	-				
	<i>r^a</i>	0,000*					
3-Somatik Şikâyetler	<i>P</i>	-0,295	0,203	-			
	<i>r^a</i>	0,000	0,000*				
4-Psikolojik Şikâyetler	<i>P</i>	-0,600	0,443	0,344	-		
	<i>r^a</i>	0,000*	0,000*	0,000*			
5-Ürogenital Şikâyetler	<i>P</i>	-0,469	0,290	0,329	0,564	-	
	<i>r^a</i>	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*		
6-Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği	<i>P</i>	-0,617	0,432	0,578	0,916	0,790	-
	<i>r^a</i>	0,000*	0,000*	0,000*	0,000	0,000*	

^aPearson korelasyon analizi uygulanmıştır, **p*<0,001.

Çizelge 3.6’da menopoz dönemindeki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiler verildi.

Çizelge 3.6 incelendiğinde; araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanı ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi (*r*=-0,273; *p*<0,001). Çalışmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların menopozla ilişkin tutum

puanı ile uykusuzluk şiddeti puanı arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu; menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumundaki artışın uykusuzluk şiddeti düzeyini anlamlı şekilde azalttığı saptandı (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6 incelendiğinde; Çalışmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanı ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi ($r=-0,617$; $p<0,001$). Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutum puanı ile menopoz semptomları puanı arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu; menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin olumlu tutumundaki artışın, menopoz semptom düzeyini anlamlı şekilde azaltmaktadır. Araştırmada, menopoz dönemindeki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanı ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği 'nin Somatik Şikâyetler alt boyutu puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0,295$; $p<0,001$), Psikolojik Şikâyetler alt boyutu puanı arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde ($r=-0,600$; $p<0,001$) ve Ürogenital Şikâyetler alt boyutu puanı arasında ise negatif yönde ve orta düzeyde ($r=-0,469$; $p=0,000$; $p<0,001$) anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu belirlendi (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6 incelendiğinde; Çalışmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanı ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($r=0,432$; $p<0,001$). Çalışmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların uykusuzluk şiddeti puanı ile menopoz semptomları puanı arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu; menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptom şiddetindeki artışın, uykusuzluk şiddeti düzeyini anlamlı şekilde artırdığı görülmektedir. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanı ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği 'nin Somatik Şikâyetler alt boyutu puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0,203$; $p<0,001$), Psikolojik Şikâyetler alt boyutu puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r=0,443$; $p<0,001$) ve Ürogenital Şikâyetler alt boyutu puanı arasında pozitif yönde, düşük ve anlamlı düzeyde ($r=0,432$; $p<0,001$) ilişkiler olduğu belirlendi (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumunun ve menopoz semptom şiddetinin uykusuzluk şiddeti üzerine etkisi (n=300)

Değişken		B	Standart Hata	Beta	t	P
	Sabit	4,529	1,934		2,342	0,000*
Uykusuzluk Şiddeti	Menopoz Tutumu	-0,109	0,022	-0,273	-4,905	0,000*
	Menopoz Semptom Şiddeti	0,329	0,051	0,426	6,398	0,000*

$R=0,432$; $R^2=0,187$; $F_{(2,297)}=34,110$; $p=0,000^*$

-Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır. $*p<0,001$

Çizelge 3.7’de menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumunun ve menopoz semptom şiddetinin uykusuzluk şiddeti üzerine etkisini belirlemeye yönelik Lineer Regresyon Analizi sonuçları verildi.

Çizelge 3.7 incelendiğinde; Çalışmada menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumunun ve menopoz semptom şiddetinin uykusuzluk şiddeti üzerine etkisini belirlemeye yönelik kurulan Lineer Regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmüştür. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu ve menopoz semptom şiddeti değişkenleri ile uykusuzluk şiddeti değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($R=0,432$; $R^2=0,187$; $F_{(2,297)}=34,110$; $p=0,000$). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu ve menopoz semptom şiddeti, uykusuzluk şiddeti toplam varyansının %18,7’sini açıklamaktadır. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu ve menopoz semptom şiddeti, uykusuzluk şiddeti düzeyinin %18,7’sini anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermektedir ($p<0,001$). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu ve menopoz semptom şiddeti, uykusuzluk şiddeti düzeyini anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu düzeyi ile uykusuzluk şiddeti düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($t=-4,905$; $p=0,000$). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu düzeyindeki bir birim artış, kadınların uykusuzluk şiddeti düzeyini 0,109 kat azaltmaktadır ($p<0,001$). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptom şiddeti düzeyindeki bir birim artış, kadınların uykusuzluk şiddeti düzeyini 0,329 kat anlamlı bir şekilde artırmaktadır ($p<0,001$) (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.8. Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği , Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=300)

Tanıtıcı Özellikler	Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ) X̄± SS	Uykusuzluk İndeksi (UŞİ) X̄± SS	Şiddeti X̄± SS	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)		
				Somatik Şikâyetler X̄± SS	Psikolojik Şikâyetler X̄± SS	Ürogenital Şikâyetler X̄± SS
Yaş						
46-52 yaş ¹	48,68±12,33	10,36±4,64	3,06±1,58	9,05±4,04	2,40±2,36	14,51±6,41
53-59 yaş ²	49,68±13,32	10,05±5,15	3,20±1,58	9,44±4,20	2,78±2,27	15,44±6,54
60 yaş ve üzeri ³	45,00±12,59	10,25±5,85	3,45±1,79	10,96±4,31	3,66±2,39	18,08±6,90
Test değeri	^a F=2,960	^a F=0,101	^a F=0,977	^a F=4,039	^a F=5,246	^a F=5,401
Anlamlılık düzeyi	p=0,053	p=0,904	p=0,378	p=0,019*	p=0,006*	p=0,005*
Fark	-	-	-	3>1-2**	3>1-2**	3>1-2**
Eğitim durumu						
Okuryazar	44,71±11,94	9,05±5,73	3,39±1,92	9,97±3,20	3,71±2,58	17,07±5,71
İlköğretim	48,51±11,37	10,53±4,76	3,28±1,51	10,02±4,19	2,94±2,37	16,25±6,60
Lise	49,79±14,39	9,92±5,27	3,10±1,63	9,08±4,56	2,49±2,15	14,68±6,87
Üniversite ve üzeri	48,40±17,21	11,15±6,12	3,00±1,86	9,50±4,35	2,70±2,51	15,20±7,55
Test değeri	^a F=1,420	^a F=1,140	^a F=0,508	^a F=1,046	^a F=2,597	^a F=1,683
Anlamlılık düzeyi	p=0,237	p=0,333	p=0,677	p=0,372	p=0,053	p=0,171
Çalışma durumu						
Çalışıyor	48,95±13,78	11,06±5,27	3,06±1,56	8,72±3,96	2,69±2,29	14,49±6,24
Çalışmıyor	48,30±12,78	9,88±5,11	3,26±1,65	9,96±4,28	2,92±2,37	16,15±6,78
Test değeri	^b t=0,373	^b t=1,700	^b t=-0,911	^b t=-2,181	^b t=-0,713	^b t=-1,855
Anlamlılık düzeyi	p=0,709	p=0,090	p=0,363	p=0,030*	p=0,476	p=0,065

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Çizelge 3.8. Devam Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği , Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=300)

Tanıtıcı Özellikler	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)						
	Menopoza ilişkin Tutum Ölçeği (MITÖ)	Uykusuzluk İndeksi (UŞİ)	Şiddeti	Somatik Şikâyetler	Psikolojik Şikâyetler	Ürogenital Şikâyetler	MSDÖ toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Aile tipi							
<i>Yalnız yaşayan1</i>	42,12±15,39	9,90±6,21	3,45±1,88	11,81±4,98	3,66±2,45	18,93±7,64	
<i>Çekirdek aile2</i>	49,50±12,28	10,08±5,00	3,16±1,60	9,41±4,04	2,70±2,30	15,28±6,44	
<i>Geniş aile3</i>	47,42±13,98	11,09±5,27	3,36±1,57	9,21±4,23	3,27±2,49	15,84±6,64	
<i>Test değeri</i>	aF=4,896	aF=0,595	aF=0,591	aF=4,985	aF=3,008	aF=4,423	
<i>Anlamlılık düzeyi</i>	p=0,008*	p=0,552	p=0,554	p=0,007*	p=0,051	p=0,013*	
<i>Fark</i>	2>1**	-	-	1>2-3**	-	1>2**	
Kronik hastalık tanısı durumu							
<i>Var</i>	48,33±12,83	10,35±5,24	3,40±1,69	9,74±4,43	2,95±2,29	16,10±6,95	
<i>Yok</i>	48,60±13,25	9,97±5,09	3,02±1,54	9,56±4,01	2,77±2,42	15,36±6,37	
<i>Test değeri</i>	bt=-0,184	bt=0,631	bt=2,025	bt=0,365	bt=0,657	bt=0,955	
<i>Anlamlılık düzeyi</i>	p=0,854	p=0,528	p=0,054	p=0,714	p=0,512	p=0,340	

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Çizelge 3.8’ de Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği , Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi.

Çizelge 3.8’de menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması incelendiğinde; Araştırmada, menopoz dönemindeki kadınların ekonomik durumuna göre MİTÖ toplam puanı açısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; geliri giderden fazla olan menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutum puanının, geliri giderden denk olan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların aile tipine göre MİTÖ toplam puanı açısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; çekirdek aile tipine sahip menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutum puanının, yalnız yaşayan menopoz dönemindeki kadınların göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların yaşına göre MSDÖ toplam puanı ile Psikolojik Şikâyetler alt boyutu puanı ve Ürogenital Şikâyetler alt boyutu puanı açısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; 60 yaş ve üzerinde olan menopoz dönemindeki kadınların MSDÖ toplam puanı ile psikolojik şikâyetler alt boyutu puanı ve ürogenital şikâyetler alt boyutu puanının, 46-52 yaş aralığındaki ve 53-59 yaş grubundaki menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların çalışma durumuna göre MSDÖ’nin Psikolojik Şikâyetler alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); çalışmayan menopoz dönemindeki kadınların psikolojik şikâyetler alt boyutu puanının, çalışan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların ekonomik durumuna göre MSDÖ toplam puanı ile Psikolojik Şikâyetler alt boyutu puanı ve Ürogenital Şikâyetler alt boyutu puanı açısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; geliri giderden fazla ve geliri giderden az olan menopoz dönemindeki kadınların MSDÖ toplam puanı ile psikolojik şikâyetler alt boyutu puanı ve ürogenital şikâyetler alt boyutu puanının, geliri giderden fazla olan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların aile tipine göre MSDÖ toplam puanı ile Psikolojik Şikâyetler alt boyutu puanı açısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; yalnız yaşayan menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptomları puanının, çekirdek aile tipine sahip olan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Yine yalnız yaşayan menopoz dönemindeki kadınların psikolojik şikâyetler alt boyutu puanının, çekirdek aile ile geniş aile tipine sahip olan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.9. Menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması(n=300)

Tanıtıcı Özellikler	Menopoza ilişkin Tutum Ölçeği (MITÖ) X̄± SS	Uykusuzluk İndeksi (UŞİ) X̄± SS	Şiddeti X̄± SS	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)		
				Somatik Şikâyetler X̄± SS	Psikolojik Şikâyetler X̄± SS	Ürogenital Şikâyetler X̄± SS
Menopoza girme yaşı						
42-46 yaş ¹	43,89±13,37	11,04±5,02	3,23±1,43	10,80±4,23	3,21±2,63	17,26±6,58
47-51 yaş ²	49,98±12,58	9,84±5,16	3,19±1,67	9,24±4,14	2,71±2,27	15,14±6,59
52 yaş ve üzeri ³	37,42±10,71	13,07±4,71	3,64±1,64	13,07±3,62	4,42±2,31	21,14±5,61
Test değeri	^aF=10,086	^aF=3,400	^aF=0,507	^aF=7,736	^aF=4,181	^aF=6,892
Anlamlılık düzeyi	p=0,000*	p=0,035*	p=0,603	p=0,001*	p=0,016*	p=0,001*
Fark	2>1-3**	3>2**	-	3>2**	3>2**	3>2**
Menopoz dönemiyle ilgili bilgi alma durumu						
Evet	43,26±13,64	11,42±5,14	3,29±1,6	10,31±5,0	3,08±2,3	16,70±7,76
Hayır	49,68±12,58	9,88±5,14	3,20±1,63	9,50±4,02	2,81±2,35	15,52±6,40
Test değeri	^bt=-3,411	^bt=2,030	^bt=0,401	^bt=1,137	^bt=0,774	^bt=1,061
Anlamlılık düzeyi	p=0,001*	p=0,043*	p=0,688	p=0,259	p=0,446	p=0,292
Menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığında değişim						
Evet	48,16±12,46	11,23±4,43	3,29±1,63	9,86±4,10	2,83±2,27	16,00±6,42
Hayır	49,71±15,20	5,64±5,64	2,89±1,61	8,77±4,65	3,00±2,71	14,66±7,66
Test değeri	^bt=-0,715	^bt=6,989	^bt=1,676	^bt=1,767	^bt=-0,462	^bt=1,221
Anlamlılık düzeyi	p=0,477	p=0,000*	p=0,095	p=0,078	p=0,644	p=0,226

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Çizelge 3.9’da Menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği , Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi.

Çizelge 3.9’da menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoza girme yaşına göre MİTÖ toplam puanı açısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; 47-51 yaş aralığında menopoza giren kadınların menopoz tutum puanının, 42-46 yaş ile 52 yaş ve üzerinde menopoza giren kadınların göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığının değişeceğini düşünme durumuna göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği puanları açısından anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Araştırmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoza girme yaşına göre Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanı açısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; 52 yaş ve üzerinde menopoza giren kadınların uykusuzluk şiddeti puanının, 47-51 yaş aralığında menopoza giren kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemiyle ilgili bilgi alma durumuna göre Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); menopoz dönemiyle ilgili bilgi alan menopoz dönemindeki kadınların uykusuzluk şiddeti puanının, menopoz dönemiyle ilgili bilgi almayan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığının değişmesi durumuna göre Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığının değiştiğini ifade eden kadınların uykusuzluk şiddeti puanının, menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığının değişmediğini ifade eden kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.10. Menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam davranışı özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması(n=300)

Sağlıklı Yaşam Davranışı	Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MITÖ) X̄± SS	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) X̄± SS	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)			
			Somatik Şikâyetler X̄± SS	Psikolojik Şikâyetler X̄± SS	Ürogenital Şikâyetler X̄± SS	MSDÖ Toplam X̄± SS
Aydınlıkta uyuma alışkanlığı						
Var	48,24±13,63	9,85±4,69	3,04±1,60	9,64±4,15	2,85±2,24	15,54±6,55
Yok	48,56±12,74	10,33±5,38	3,30±1,64	9,66±4,27	2,87±2,41	15,84±6,75
<i>Test değeri</i>	^b t=-0,198	^b t=-0,743	^b t=-1,312	^b t=-0,030	^b t=-0,073	^b t=-0,364
<i>Anlamlılık düzeyi</i>	p=0,843	p=0,458	p=0,190	p=0,976	p=0,942	p=0,716
Yatak dışında (salonda, çekyatta) uyuma alışkanlığı						
Var	48,63±12,74	10,05±4,86	3,16±1,56	9,49±4,09	2,84±2,33	15,50±6,60
Yok	48,25±13,37	10,32±5,52	3,28±1,71	9,86±4,40	2,89±2,39	16,04±6,78
<i>Test değeri</i>	^a t=0,249	^a t=-0,448	^a t=-0,644	^a t=-0,746	^a t=-0,181	^a t=-0,693
<i>Anlamlılık düzeyi</i>	p=0,003	p=0,655	p=0,520	p=0,456	p=0,857	p=0,489
<i>Anlamlılık düzeyi</i>	p=0,667	p=0,674	p=0,472	p=0,358	p=0,426	p=0,299
Alkol kullanma durumu						
Kullanıyor	45,53±13,26	11,07±4,53	2,92±1,80	9,00±3,82	3,30±2,56	15,23±6,64
Kullanmıyor	48,59±13,01	10,13±5,19	3,23±1,62	9,68±4,25	2,85±2,35	15,77±6,69
<i>Test değeri</i>	^a t=-0,828	^a t=0,641	^a t=-0,670	^a t=-0,574	^a t=0,684	^a t=-0,286
Düzenli egzersiz yapma durumu (haftada en az 150 dakika ve orta yoğunlukta)						
Yapıyor	50,48±11,45	9,42±4,41	2,80±1,43	8,85±3,44	2,38±1,91	14,05±5,22
Yapmıyor	47,24±13,75	10,63±5,53	3,47±1,69	10,14±4,58	3,16±2,54	16,77±7,25
<i>Test değeri</i>	^a t=2,202	^a t=-2,079	^a t=-3,631	^a t=2,757	^a t=2,974	^a t=-3,766
<i>Anlamlılık düzeyi</i>	p=0,029*	p=0,039*	p=0,000*	p=0,006*	p=0,003*	p=0,000*

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Çizelge 3.10. Devam Menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam davranışı özelliklerine göre Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması(n=300)

Sağlıklı Yaşam Davranışı	Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ)	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)			
			Somatik Şikâyetler	Psikolojik Şikâyetler	Ürogenital Şikâyetler	MSDÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sabahları uykusunu almış bir şekilde uyanma durumu						
Evet	48,59±13,28	7,19±5,30	3,21±1,75	9,59±4,35	3,40±2,58	16,21±7,00
Hayır	48,40±12,92	11,49±4,52	3,22±1,58	9,68±4,18	2,63±2,21	15,54±6,54
Test değeri	^a <i>t=0,119</i>	^a <i>t=-7,184</i>	^a <i>t=-0,018</i>	^a <i>t=-0,169</i>	^a <i>t=2,626</i>	^a <i>t=0,805</i>
Anlamlılık düzeyi	<i>p=0,905</i>	<i>p=0,000*</i>	<i>p=0,935</i>	<i>p=0,866</i>	<i>p=0,009*</i>	<i>p=0,421</i>
Uyumayı kolaylaştırmak için özel bir yöntem kullanımı						
Evet	46,87±12,16	11,02±3,94	3,35±1,58	10,33±3,84	2,56±2,16	16,25±6,08
Hayır	48,70±13,14	10,04±5,32	3,19±1,64	9,55±4,28	2,91±2,38	15,67±6,77
Test değeri	^a <i>t=-0,818</i>	^a <i>t=1,370</i>	^a <i>t=0,569</i>	^a <i>t=1,065</i>	^a <i>t=-0,868</i>	^a <i>t=0,507</i>
Anlamlılık düzeyi	<i>p=0,414</i>	<i>p=0,176</i>	<i>p=0,570</i>	<i>p=0,288</i>	<i>p=0,368</i>	<i>p=0,613</i>

^aBağımsız gruplarda *t* testi, ^bANOVA Varyans Analizi, **p*<0,05, **Tukey Post Hoc Testi.

Çizelge 3.10'da menopoz dönemindeki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre Menopoz İlişkin Tutum Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi.

Çizelge 3.10'da menopoz dönemindeki kadınların aydınlıkta uyuma alışkanlığı, yatak dışında (salonda, çekyatta) uyuma alışkanlığı, sabahları genellikle uyanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, sabahları uykusunu almış bir şekilde uyanma durumu ve uyumayı kolaylaştırmak için özel bir uygulama yapma durumuna göre Menopoz İlişkin Tutum Ölçeği puanları açısından anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemiyle ilgili bilgi alma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumuna göre MİTÖ toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Menopoz dönemiyle ilgili bilgi almayan ve düzenli egzersiz yapan menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutum puanının, menopoz dönemiyle ilgili bilgi alan ve düzenli egzersiz yapmayan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların düzenli egzersiz yapma durumuna göre Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); düzenli egzersiz yapmayan menopoz dönemindeki kadınların uykusuzluk şiddeti puanının, düzenli egzersiz yapmayan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların sabahları uykusunu almış bir şekilde uyanma durumuna göre Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); sabahları uykusunu almış bir şekilde uyanmayan menopoz dönemindeki kadınların uykusuzluk şiddeti puanının, sabahları uykusunu almış bir şekilde uyanan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların aydınlıkta uyuma alışkanlığı, yatak dışında (salonda, çekyatta) uyuma alışkanlığı, sabahları genellikle uyanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumuna göre Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanları açısından anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların sabahları genellikle uyanma durumuna göre MSDÖ toplam puanı ile Ürogenital Şikâyetler alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); sabahları genellikle kendiliğinden uyanan menopoz dönemindeki kadınların MSDÖ toplam puanı ile ürogenital şikâyetler alt boyutu puanının, sabahları genellikle alarmla uyanan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların düzenli egzersiz yapma durumuna göre MSDÖ toplam puanı ile alt boyutları (Somatik Şikâyetler, Psikolojik Şikâyetler ve Ürogenital Şikâyetler)

puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); düzenli egzersiz yapmayan menopoz dönemindeki kadınların MSDÖ toplam puanı ile alt boyutları puanının, düzenli egzersiz yapan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmada, menopoz dönemindeki kadınların sabahları uykusunu almış, bir şekilde uyanma durumuna göre MSDÖ'nin Ürogenital Şikâyetler alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$); sabahları uykusunu almış, bir şekilde uyanan menopoz dönemindeki kadınların ürogenital şikâyetler alt boyutu puanının, sabahları uykusunu almış, bir şekilde uyanmayan menopoz dönemindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların aydınlıkta uyuma alışkanlığı, yatak dışında (salonda, çekyatta) uyuma alışkanlığı, sabahları genellikle uyanma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, sabahları uykusunu almış, bir şekilde uyanma durumu ve uyumayı kolaylaştırmak için özel bir uygulama yapma durumuna göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) toplam puanı (menopoz semptom düzeyi/şiddeti) ve alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 3.10).

4. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kadınların ortalama menopoz yaşı $48,42 \pm 2,03$ yıl olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, Öztürk Eyimaya ve Tezel'in (2021) gerçekleştirdiği çalışmada rapor edilen $48,12 \pm 4,12$ yıllık ortalama ile benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde, Kurt ve Aslan (2016)'ın çalışmasında da menopoz yaşı ortalaması $46,7 \pm 5,4$ yıl olarak bildirilmiştir. Uluslararası karşılaştırmalar yapıldığında ise Palacios vd. (2010) çok merkezli çalışmasında menopoz medyan yaşının; Avrupa'da 50,1–52,8 yıl, Kuzey Amerika'da 50,5–51,4 yıl, Latin Amerika'da 43,8–53 yıl ve Asya'da 42,1–49,5 yıl arasında değiştiği rapor edilmiştir. Menopoz yaşının ülkeden ülkeye ve bireyden bireye farklılık göstermesinde genetik, çevresel, kültürel, beslenme biçimi, doğurganlık öyküsü ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktör etkili olmaktadır (Öztürk Eyimaya & Tezel, 2021). Çalışmamızdaki bulgunun verilerle karşılaştırıldığında, gelişmekte olan ülkelerin genel eğilimlerine yakın olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puan $48,46 \pm 13,01$ olarak belirlenmiş olup, bu durum kadınların menopoza yönelik tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Elde edilen bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken, bazı araştırmalardan ise farklılık göstermektedir (Çoban vd., 2008; Dünder ve Aksu, 2021; Gümüşay ve Erbil, 2019; Kısa vd., 2012; Tümer ve Kartal, 2018; Yağcı vd., 2022). Benzer şekilde, Tümer ve Kartal (2018) tarafından yürütülen çalışmada, kadınların MİTÖ puan ortalaması 46,15 olarak bulunduğu ve bu değer, kadınların menopoza karşı olumlu bir tutum içinde olduklarını ortaya koymuştur. Ayrıca, Çoban vd. (2008) araştırmasında da kadınların MİTÖ puan ortalaması $41,5 \pm 12,5$ olarak belirlendiği ve yine olumlu menopozal tutum sergiledikleri rapor edilmiştir. Bazı araştırmalarda ise kadınların menopoza yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu görülmektedir. Örneğin, Dünder ve Aksu (2021) tarafından yapılan çalışmada, kadınların MİTÖ puan ortalaması 35,24 olarak saptandığı ve bu durum katılımcıların olumsuz tutumlara sahip olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Kısa vd. (2012) araştırmasında ise MİTÖ puan ortalaması 34,70 olarak bulunduğu ve çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun menopoza karşı olumsuz tutumlar geliştirdiği bildirilmiştir. Ayrıca, Yağcı vd. (2022) çalışmasında kadınların %63'ünün menopoza ilişkin olumsuz tutumlar sergilediği ve psikolojik semptomların bu tutumu olumsuz yönde etkileyebileceği belirtmiştir. Benzer bir şekilde, Gümüşay ve Erbil (2019) tarafından yürütülen çalışmada kadınların MİTÖ puan ortalaması 36,06 olarak hesaplandığı ve kadınların %72,1'inin menopoza karşı olumsuz tutum içinde olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar; çalışmalara

katılan kadınların yaş, eğitim düzeyi, menopoza ilişkin bilgi düzeyi, semptom yaşantısı, sosyo-kültürel çevre gibi çeşitli bireysel ve çevresel faktörlerden kaynaklanıyor olabilir.

MSDÖ'nün alt boyutları değerlendirildiğinde; kadınların somatik şikâyetler alt boyutundan $3,22\pm 1,63$, psikolojik şikâyetler alt boyutundan $9,66\pm 4,23$ ve ürogenital şikâyetler alt boyutundan ise $2,87\pm 2,35$ puan aldıkları belirlendi. Bu durum, özellikle psikolojik semptomların diğer semptomlara göre daha yaygın yaşandığını göstermektedir. Literatürle karşılaştırıldığında, Tümer ve Kartal'ın (2018) çalışmasında somatik şikâyetler puan ortalaması $2,85\pm 1,99$, psikolojik şikâyetler ortalaması $8,96\pm 4,94$, ürogenital şikâyetler ortalaması $5,35\pm 3,09$ ve toplam MSDÖ puanı $14,65\pm 7,62$ olarak bildirilmiştir. Çalışmamızın bulguları, bu verilerle genel olarak benzerlik göstermektedir. Buna karşılık, Sis Çelik ve Pasinlioğlu (2015)'nin yaptığı çalışmada somatik şikâyetler puan ortalaması $4,19\pm 2,08$, psikolojik şikâyetler $13,12\pm 4,59$, ürogenital şikâyetler $5,35\pm 3,09$ ve toplam MSDÖ puanı ise $22,67\pm 8,06$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada bildirilen semptom şiddetleri hem alt boyutlar hem de toplam puan açısından daha yüksektir. Bu farklılıklar çalışmaya katılan kadınların yaş grubu, sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, menopoz süresi ve başvuru yapılan sağlık kurumunun özellikleri gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışma kapsamında menopoz dönemindeki kadınların yaş gruplarına göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) toplam puanları ile psikolojik ve ürogenital şikâyetler alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Özellikle 60 yaş ve üzerindeki kadınların, 46–52 ve 53–59 yaş aralığındaki kadınlara kıyasla bu puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Literatürdeki çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir. Özellikle yaşla birlikte artan fizyolojik yetersizlikler, hormonal değişikliklerin daha belirgin hâle gelmesi ve kronik sağlık sorunlarının sıklığında görülen artış, semptomların yoğunluğunu artırabilmektedir (Freeman ve Sherif, 2007).

Ürogenital şikâyetler ise, östrojen eksikliğinin ilerleyen yıllarda vajinal atrofi ve üriner sistem bozukluklarını daha belirgin hâle getirmesiyle açıklanabilir. Elavsky ve McAuley (2005), çalışmasında yaşla birlikte özellikle ürogenital belirtilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve bu semptomların sıklıkla tedavi edilmeden kronikleştiğini belirtmektedir. . Bu sonuç, yaş ilerledikçe menopoz semptomlarının şiddetinin arttığını göstermektedir.

Araştırmamızda, menopoz dönemindeki kadınların çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi ve menopoza girme yaşı gibi tanımlayıcı özelliklerinin, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) toplam puanı ve özellikle psikolojik ile ürogenital şikâyetler alt boyutları üzerinde anlamlı düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmayan kadınların psikolojik şikâyet puanlarının çalışan kadınlara göre, geliri giderine denk ya da yetersiz olan kadınların puanlarının geliri fazla olanlara göre ve yalnız yaşayan kadınların puanlarının çekirdek veya geniş ailede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Bauld ve Brown (2009) çalışmasında, kadınların yaşam koşulları, stres düzeyleri ve sosyal destek yapılarının, menopoz semptomlarını doğrudan etkileyebileceğini belirtmiş; psikolojik sıkıntı, düşük gelir, yalnızlık ve ailevi sorumlulukların semptomları şiddetlendirdiğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, çalışmamak ve ekonomik yetersizlik, kadınların kontrol duygusunu zayıflatmakta; bu durum depresyon, anksiyete ve benlik saygısı düşüklüğü gibi psikolojik semptomlarla birleştiğinde, menopoz sürecinin daha zorlu deneyimlenmesine neden olabilmektedir (Bloch, 2002). Bu bulgular, menopoz döneminde yaşanan semptomların yalnızca hormonal değişimlere değil, aynı zamanda bireyin sosyal bağlamına ve yaşam koşullarına da bağlı olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre; menopoz dönemindeki kadınların eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çalışma durumu, kronik hastalık tanısı, bilgi alma durumu, uykuya yönelik bireysel alışkanlıkları ve bazı yaşam tarzı değişkenlerine göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) toplam ve alt boyut puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hickey vd.(2017), kadınların menopoz deneyimlerinin oldukça bireysel ve bağlama bağlı olduğunu, yaşanan semptomların algılanma biçiminin ise yaşam tarzından ziyade kadınların bu süreci nasıl anlamlandırdığı ile ilişkili olabileceğini vurgulamaktadır. Benzer şekilde Bauld ve Brown (2009), menopozdaki semptom şiddetinin yalnızca yaşam tarzı alışkanlıklarıyla değil, sosyal stres faktörleri, ruhsal durum ve algılanan kontrol duygusuyla da bağlantılı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bağlamda, bireysel demografik veya davranışsal faktörlerin tek başına menopoz semptomlarının şiddetini belirlemede yeterince etkili olmayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada, menopoz dönemiyle ilgili bilgi almayan ancak düzenli egzersiz yapan kadınların menopoza ilişkin tutum puanlarının, bilgi alan fakat düzenli egzersiz yapmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, fiziksel aktivitenin ruhsal ve bedensel sağlık üzerindeki olumlu etkilerinin, menopoza yönelik tutumları şekillendirmede bilgi düzeyinden daha etkili olabileceğini

düşündürmektedir. Yağcı vd. (2022) çalışmasında da egzersiz alışkanlığının, menopoza ilişkin tutumu etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Gümüşay ve Erbil'in (2019) çalışmasında fiziksel egzersiz yapan kadınların MİTÖ puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Bu bulgular, düzenli egzersizin sadece fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda kadınların menopoz sürecine yönelik psikolojik ve duygusal yaklaşımlarını da olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Çalışmada menopoz dönemindeki kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık tanısı, menopoza girdikten sonra uyku alışkanlığında değişim algısı, aydınlıkta ya da yatak dışında (örneğin salonda, çekyatta) uyuma alışkanlığı, sabahları uyanma biçimi, sigara ve alkol kullanımı, sabahları dinlenmiş uyanma ve uykuya geçişi kolaylaştırmaya yönelik özel uygulamalar gibi çok sayıda bireysel ve çevresel değişken açısından Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ) puanları incelenmiştir. Ancak yapılan analizler sonucunda, bu değişkenlerin hiçbirisiyle menopoz tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde bazı çalışmalarda benzer şekilde yaş, eğitim, sigara kullanımı gibi bireysel değişkenlerin menopoz tutumu üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir. Ancak çoğu çalışmada tutumu etkileyen faktörlerin daha çok bilgi düzeyi, sosyal destek, kültürel inançlar ve kişisel deneyimlerle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Gönenç ve Koç, 2019; Tümer ve Kartal, 2018). Dolayısıyla çalışmanın bu bulgusu, menopoz tutumunun yalnızca demografik ya da davranışsal faktörlerle ilişkili olmayabileceği düşündürmektedir.

Çalışmamızda menopoz dönemindeki kadınların %58,7'si gece uykularının çok bölündüğünü, %53'ü uykuya dalma süresinin uzadığını ya da uyumakta güçlük çektiğini, %44,3'ü sabahları dinlenmemiş şekilde uyandığını ve %15,7'si ise daha fazla uyuma eğiliminde olduğunu belirtmiştir. Literatürde de menopoz semptomları arasında uyku bozukluklarının en rahatsız edici belirtilerden biri olduğu ve menopozdaki kadınların %40 ila %60'ı tarafından bildirildiği ifade edilmektedir (Baker vd., 2018). Menopoz dönemindeki uyku bozuklukları arasında sıklıkla uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede zorluk, gece uyanma sıklığının artması veya kalitesiz, dinlendirici olmayan uyku yer alır. Uyku kalitesi, hem uzamış uyku gecikmesi hem de gece uyanık kalma süresinin artması açısından, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda menopoz öncesi döneme göre daha kötüdür (Silvestri vd., 2019). Çalışmamızdaki bulgularla örtüşmekte ve menopoz sürecinin kadınlarda uyku düzeni üzerinde olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi 'nden aldıkları puanlara göre, menopoz dönemindeki kadınların %50,7'sinde hafif düzeyde, %28,3'ünde klinik olarak önemsiz düzeyde, %19'unda orta düzeyde ve %2'sinde şiddetli düzeyde uykusuzluk saptandı. Genel olarak değerlendirildiğinde ise kadınların UŞİ'den aldıkları ortalama puan, menopoz dönemindeki kadınların uykusuzluk eşiğinde olduğunu göstermektedir. Literatürde menopozla birlikte uyku kalitesinin azaldığına dair benzer bulgular mevcuttur. Örneğin, Akçay ve Koç'un (2018) çalışmasında, postmenopozal dönemdeki kadınların %49'unda klinik olarak anlamlı düzeyde uykusuzluk bulunduğu bildirilmiştir. Xu ve Lang (2014) tarafından yapılan bir meta-analiz sonucunda, menopoz dönemindeki kadınların önemli bir kısmının uyku güçlüğü yaşadığı ve %26'sının, gündüz işlevselliğini etkileyen ciddi semptomlar nedeniyle uykusuzluk tanısı alabilecek durumda olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Arakane vd. (2011) gerçekleştirdiği çalışmada kadınların %32'sinin hafif, %7,4'ünün orta düzeyde ve %2,1'inin şiddetli düzeyde uykusuzluk yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgular, menopoz dönemindeki kadınlarda uykusuzluk sıklığının ve şiddetinin bireyler arasında farklılık gösterebileceğini, ancak genel olarak menopozla birlikte uyku kalitesinde azalma eğilimi olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanı ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptom şiddeti düzeyindeki bir birim artış, kadınların uykusuzluk şiddet düzeyini 0,329 kat anlamlı bir şekilde artırmaktadır. Bu bulgu, menopoz semptomlarının şiddeti arttıkça uykusuzluk şiddetinin de arttığını göstermektedir. Menopoz döneminde görülen semptomlar; sıcak basması, gece terlemeleri, anksiyete, depresyon ve fiziksel rahatsızlıklar gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik şikâyetleri içermekte olup, bu belirtiler özellikle uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Freeman ve Sherif, 2007; Mirkin vd., 2019). Nitekim bu çalışmada da menopoz semptom düzeyindeki artış, uykusuzluk şiddeti ile paralel seyretmiştir. Bu bulgu, Akçay ve Koç'un (2018) çalışmasıyla da örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınların %49'unda klinik olarak anlamlı düzeyde uykusuzluk saptanmış ve menopozla ilişkili semptomların uyku bozukluklarına katkıda bulunduğu vurgulanmıştır. Ayrıca, Arakane vd. (2008) çalışmasında da kadınların önemli bir kısmının hafif (%32), orta (%7,4) ve şiddetli (%2,1) düzeylerde uykusuzluk yaşadığı ve bu durumun menopoz evresiyle yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Xu ve Lang (2014) in gerçekleştirdiği bir meta-analiz çalışmasında, kadınların yaklaşık %26'sının menopoz döneminde gündüz işlevselliğini etkileyen ciddi uyku bozuklukları yaşadığı ve bu kadınların uykusuzluk tanısı

için uygun adaylar olduğu bildirilmiştir. Bu veriler, çalışmamızda elde edilen sonuçları desteklemektedir.

Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların düzenli egzersiz yapma durumuna göre Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) toplam puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayan kadınların, yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek uykusuzluk şiddeti yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Jing vd. (2024) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, menopoz dönemindeki kadınlarda uygulanan aerobik egzersiz programlarının uyku bozukluklarını anlamlı ölçüde azalttığı ve genel uyku kalitesini artırdığı ortaya konmuştur. Özellikle orta yoğunlukta ve düzenli olarak yapılan egzersizlerin hem fizyolojik hem de psikolojik iyileşme sağlayarak uykunun süresi ve kalitesi üzerinde olumlu etkiler yarattığı vurgulanmıştır. Ayrıca Elavsky ve McAuley'nin (2005) çalışması, menopoz döneminde fiziksel aktivitenin yalnızca uykuya değil, aynı zamanda ruh hâli, benlik saygısı ve yaşam doyumu gibi psikososyal değişkenlere de olumlu katkıda bulunduğunu göstermiştir. Egzersiz yapan kadınların, menopozal semptomları daha az yoğunlukta deneyimlediği ve genel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bu bulgu, fiziksel aktivitenin menopoz döneminde uyku kalitesini iyileştirici rolünü desteklemektedir.

Çalışmada menopoz dönemindeki kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi, kronik hastalık varlığı, aydınlıkta ya da yatak dışında uyuma alışkanlıkları, sabahları uyanma biçimleri, sigara, alkol tüketimi gibi çeşitli sosyodemografik ve yaşam tarzı faktörleri ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, Hunter ve Rendall (2007), menopoz sürecindeki uyku bozukluklarının bireysel alışkanlıkların ötesinde, algılanan stres, duygusal başa çıkma biçimi ve menopoza yüklenen anlam gibi psikososyal faktörlerden yoğun şekilde etkilendiğini vurgulamışlardır. Bu doğrultuda menopoz dönemindeki kadınlarda uyku problemlerini değerlendirirken yalnızca alışkanlık ve yaşam tarzı verileri açıklanamayacağını düşündürmektedir.

Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumları, menopoz semptom şiddeti ve uykusuzluk şiddetiarasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, menopoz tutumu ve semptom şiddeti değişkenleri birlikte ele alındığında, uykusuzluk şiddetitoplam varyansının %18,7'sini açıkladığı belirlendi. Menopoz ilişkin tutum düzeyi olumlulaştıkça uykusuzluk şiddetinin azaldığı; buna karşılık

menopoz semptom şiddeti arttıkça uykusuzluk düzeyinin yükseldiği görölmüştür. Bu durum, hem semptomların doğrudan etkisi hem de kadının menopoza yüklediği anlamın dolaylı etkisi ile açıklanabilir. Olumlu bir menopoz tutumu geliştiren kadınların, yaşadıkları semptomları daha hafif algıladıkları ve bu nedenle uyku kalitesinin daha az etkilendiği düşünölebilir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmaya katılan kadınların ortalama menopoz yaşı $48,42 \pm 2,03$ yıl olarak belirlendi.
- Çalışmada menopoz döneminde yaşanan semptomların bireyin sosyo-ekonomik durumuna da bağlı olduğunu göstermektedir.
- Çalışmaya katılan kadınlarda yaşla birlikte menopoz semptomlarının şiddetinin artmaktadır.
- Çalışmaya katılan kadınların Menopoz İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puan $48,46 \pm 13,01$ olumlu olarak belirlendi.
- Çalışmaya katılan kadınların %50,7'sinde hafif düzeyde, %28,3'ünde klinik olarak önemsiz düzeyde, %19'unda orta düzeyde ve %2'sinde şiddetli düzeyde uykusuzluk saptandı.
- Çalışmaya katılan kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden ortalama $15,75 \pm 6,68$ aldıkları saptandı.
- Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği' nin alt boyutları değerlendirildiğinde; kadınların somatik şikâyetler alt boyutundan $3,22 \pm 1,63$, psikolojik şikâyetler alt boyutundan $9,66 \pm 4,23$ ve ürogenital şikâyetler alt boyutundan ise $2,87 \pm 2,35$ puan aldıkları belirlendi.
- Menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutumu düzeyindeki bir birim artış, kadınların uykusuzluk şiddetidüzeyini 0,109 kat anlamlı bir şekilde azaltmaktadır.
- Menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptom şiddeti düzeyindeki bir birim artış, kadınların uykusuzluk şiddetidüzeyini 0,329 kat anlamlı bir şekilde artırmaktadır.
- Menopozla ilgili bilgi düzeyinin genel olarak düşük olmasına karşın sağlık profesyonellerinin ilk sıradaki bilgi kaynağı olarak öne çıkmaktadır (%71,9).
- Menopoz ilişkin tutum düzeyi olumlulaştıkça uykusuzluk şiddetinin azaldığı; buna karşılık menopoz semptom şiddeti arttıkça uykusuzluk düzeyinin yükseldiği görülmektedir..
- Çalışmaya katılan kadınlarda menopoz dönemiyle ilgili bilgi almayan ancak düzenli egzersiz yapan kadınların bilgi alan fakat düzenli egzersiz yapmayan kadınlara göre menopoza ilişkin tutumları olumludur.
- Çalışmaya katılan kadınlarda düzenli egzersiz yapmayan kadınların, daha yüksek uykusuzluk şiddeti yaşadığı görülmektedir.

- Çalışmaya katılan kadınlarda menopoz dönemindeki kadınların sosyodemografik ve yaşam tarzı faktörleri ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
- Çalışmada menopoz dönemindeki kadınların sosyodemografik ve yaşam tarzı faktörleri ile Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.
- Çalışmada menopoz tutumu ve semptom şiddeti değişkenleri birlikte ele alındığında, uykusuzluk şiddeti toplam varyansının %18,7'sini açıkladığı belirlendi.
- Menopoz dönemi ile ilgili olarak, kadınların deneyimlerini, endişelerini, düşüncelerini veya aklındaki soruları paylaşmaları teşvik edilmelidir
- Araştırma sonuçlarına dayanarak, menopoz dönemine özel olarak geliştirilecek müdahale programlarının sadece semptom kontrolüne odaklanmakla kalmayıp, aynı zamanda kadınların menopoza yönelik tutumlarını olumlu yönde değiştirmeye yönelik bileşenlerini de içermesi gerektiği önerilmektedir.
- Menopoz sırasında uyku sorunlarına yönelik tedaviler arasında uyku hijyeni, davranışsal müdahaleler ve ilgili bölümlere yönlendirilmeli.
- Sağlık profesyonelleri bu süreçte kadınların psikososyal ihtiyaçlarını gözeterek bütüncül bir yaklaşım benimsemeli, menopoza ilişkin olumlu tutum geliştirmeye yönelik destekleyici danışmanlık hizmetlerini yaygınlaştırmalıdır.
- Bu çalışmada kolyıklıkla örnekleme yöntemi kullanılmış olup gelecekte yapılacak araştırmalarda farklı kültürel arka planlar ve sosyoekonomik koşullarda yaşayan kadınlarla yapılması bulguların genellenebilirliğini güçlendirecektir. Uzunlamasına desenlerle yürütülecek araştırmalar ise bu ilişkilerin zamansal yönünü ortaya koyacaktır. Tüm bu veriler, menopoz dönemine özgü sağlık politikalarının daha kanıta dayalı, kapsayıcı ve etkili biçimde oluşturulması açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Affinito, P., Palomba, S., Sorrentino, C., Di Carlo, C., Bifulco, G., Arienzo, M. P., & Nappi, C. (1999). Effects of postmenopausal hypo-estrogenism on skin collagen. *Maturitas*, 33(3), 239–247
- Akçay, B., & Koç, G. (2018). Klimakterik dönemdeki kadınların uyku yapısı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(4). <https://doi.org/10.16948/zktipb.398357>
- Altevogt, B. M., & Colten, H. R. (2006). Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem.
- Ambikairajah A, Walsh E, Cherbuin N. A review of menopause nomenclature. *Reprod Health*. 2022 Jan 31;19(1):29. doi: 10.1186/s12978-022-01336-7. PMID: 35101087; PMCID: PMC8805414.
- Arakane, M., Castillo, C., F. Rosero, M., Peñafiel, R., Pérez-López, F., & Chedraui, P. (2011). Factors related to insomnia during the menopausal transition assessed with the insomnia severity index. *Maturitas*, 69(2), 157-161.
- Arrogante, O., Ortuño-Soriano, I., Fernandes-Ribeiro, A. S., Raurell-Torredà, M., Jiménez-Rodríguez, D., & Zaragoza-García, I. (2025). The impact of high-fidelity simulation training on first-year nursing students' attitudes toward communication skills learning: A quasi-experimental study. *Clinical Simulation in Nursing*, 101, 101711.
- Awad, H., & Shaver, S. (2025). Genitourinary syndrome of menopause: overview and management. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*.
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., & Kagawa-Singer, M. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social science & medicine*, 52(3), 345-356.
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., ... & Study of Women's Health Across the Nation. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA internal medicine*, 175(4), 531-539.
- Ayrancı, Ü., Orsal, Ö., Orsal, Ö., Arslan, G., & Emeksiz, D. (2010). Türk orta yaşlı kadın popülasyonunda menopoz durumu ve tutumları: epidemiyolojik bir çalışma. *BMC Kadın Sağlığı*, 1(10).
- Bachmann, Gloria A. MD; Leiblum, Sandra R. PhD. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause* 11(1):p 120-130, January 2004

- Baker, F. C., De Zambotti, M., Colrain, I. M., & Bei, B. (2018). Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nature and science of sleep*, 73-95.
- Baker, F. C., Lampio, L., Saaresranta, T., & Polo-Kantola, P. (2018). Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. *Sleep medicine clinics*, 13(3), 443-456.
- Bales, A. C. (2000). In Search of Lipid Balance in Older Women: New Studies Raise Questions About What Works Best. *Postgraduate medicine*, 108(7), 57-72.
- Baranwal, N., Phoebe, K. Y., & Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in cardiovascular diseases*, 77, 59-69.
- Bauld, R., & Brown, R. (2005). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopausal symptoms, and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160-165.
- Bloch, A. C. (2002). Self-awareness during menopause. *Maturitas*, 41(1), 61-68.
- Brincat, M. P., Muscat Baron, Y., & Galea, R. (2005). Estrogens and the skin. *Climacteric*, 8(2), 110-123
- Borbély, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Hum neurobiol*, 1(3), 195-204.
- Boysan, M., Güleç, M., Besiroglu, L., & Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Siddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 248.
- Cadeddu, Christian; Franconi, Flavia; Cassisa, Laura; Campesi, Ilaria; Pepe, Alessia; Cugusi, Lucia; Maffei, Silvia; Gallina, Sabina; Sciomer, Susanna; Mercuro, Giuseppe on behalf of the Working Group of Gender Medicine of Italian Society of Cardiology. Arterial hypertension in the female world: pathophysiology and therapy. *Journal of Cardiovascular Medicine* 17(4):p 229-236, April 2016. | DOI: 10.2459/JCM.0000000000000315
- Casper, R. F. (2009). Clinical manifestations and diagnosis of menopause. *UpToDate*. Edn.
- Çakır, Ö., Balkaya, N. A., & Dönmez, S. (2022). Menopoz döneminde vazomotor semptomlarda fitoöstrojen kullanımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 476-484.
- Çetinol, T., & Özvurmaz, S. (2018). Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. *Medical Sciences*, 13(4), 80-89.
- Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., & İnceboz, M. (2008). Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(6), 343-349.

- Deecher, D., Dorries, K. (2007). Understanding the pathophysiology of vasomotor symptoms (hot flushes and night sweats) that occur in perimenopause, menopause, and postmenopause life stages. *Arch Womens Ment Health* 10, 247–257 .<https://doi.org/10.1007/s00737-007-0209-5>
- Diekelmann, S., & Born, J. (2010). The memory function of sleep. *Nature reviews neuroscience*, 11(2), 114-126.
- Dünder, T., & Aksu, H. (2021). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptom ve tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(2), 134-140. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.762012>
- Elavsky S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, self-esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52(3-4), 374-385.
- Ertekin H., "Menopozda Görülen Ruhsal Değişiklikler ve Hastalıklar," In *Menopoz* , Çanakkale: Selen Yayıncılık Tanıtım ve Organizasyon Hizmetleri, 2021, pp.33-44.
- Freeman, E., & Sherif, K. (2007). Worldwide prevalence of hot flashes and night sweats: a systematic review. *Climacteric*, 10(3), 197-214.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Gross, S. A., & Pien, G. W. (2015). Poor sleep in relation to natural menopause: a population-based 14-year follow-up of midlife women. *Menopause*, 22(7), 719-726.
- Gatenby, C., & Simpson, P. (2024). Menopause: Physiology, definitions, and symptoms. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), 101855.
- Giannini, A., Caretto, M., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2021). Neuroendocrine Changes during Menopausal Transition. *Endocrines*, 2(4), 405-416. <https://doi.org/10.3390/endocrines2040036>
- Gold, E. B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G. A., Powell, L., ... & Matthews, K. (2006). Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. *American journal of public health*, 96(7), 1226-1235.
- Gönenç, İ., & Koç, G. (2019). Menopoz dönemine yönelik uygulanan eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 29-33. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.472704>
- Grandner, M. (2022). Sleep, health, and society. *Sleep medicine clinics*, 17(2), 117-139.

- Gulia, K. K., & Kumar, V. M. (2018). Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*, 18(3), 155-165.
- Gümüşay, M., & Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 96-109.
- Gürkan Ö. C. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2005;3:30-5.
- Hamoda, H., Panay, N., Pedder, H., Arya, R., & Savvas, M. (2020). The British Menopause Society & Women's Health Concern 2020 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. *Post Reproductive Health*, 26(4), 181-209.
- Hand A, Gray T, Simpson P. Diagnosis and management of the menopause. *InnovAiT*. 2021;14(10):590-598.
- Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97:1159–68.
- Harlow, S., & Paramsothy, P. (2011). Menstruation and the menopause transition. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.010>
- Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 97:1159–68.
- Hickey, M., Riach, K., Kachouie, R., & Jack, G. (2017). No sweat: managing menopausal symptoms at work. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3), 202-209.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Hillard, P. J. A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health*, 1(1), 40-43.
- Hunter, M., & Rendall, M. (2007). Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 261-274.
- Jing, Y., Liu, M., Tang, H., Kong, N., Cai, J., & Yin, Z. (2024). Effect of aerobic exercise on sleep disturbance in menopausal women: a systematic review and meta-analyses. *BMC Women's Health*, 24(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03477-2>
- Katz, H. I., & Prystowsky, J. H. (2007). Menopause and the Skin. In *Treatment of the Postmenopausal Woman* (pp. 237-249). Academic Press.

- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., & Özdemir, N. (2012). Türkiye'de orta yaşlı kadınların menopoza yönelik tutumlarının incelenmesi. *Nurse Health Sci.*, 14(2), 148-155. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00671>
- Kilim, S.R., Chandala, S.R., (2013). A Comparative Study of Lipid Profile and Oestradiol in Pre- and Post-Menopausal Women, *J Clin of Diagn Res.* 7(8), 1596-1598.
- Kurt, G., & Arslan, H. (2020). Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 910-920.
- Lee, J., Han, Y., Cho, H. H., & Kim, M. R. (2019). Sleep disorders and menopause. *Journal of menopausal medicine*, 25(2), 83-87.
- Maas, A. H., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H., ... & Collins, P. (2021). Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *European Heart Journal*, 42(10), 967-984.
- Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. (2010) Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc.* 85(1):87-94. doi: 10.4065/mcp.2009.0413. PMID: 20042564; PMCID: PMC2800285.
- Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 28(9):p 973-997, September 2021. DOI: 10.1097/GME.0000000000001831
- Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep.* 2017;9:151-161 <https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>
- Mirkin, S., Graham, S., Revicki, D. A., Bender, R. H., Bernick, B., & Constantine, G. D. (2019). Relationship between vasomotor symptom improvements and quality of life and sleep outcomes in menopausal women treated with oral, combined 17 β -estradiol/progesterone. *Menopause*, 26(6), 637-642.
- Mishra GD, Pandeya N, Dobson AJ, Chung HF, Anderson D, Kuh D, Sandin S, Giles GG, Bruinsma F, Hayashi K, Lee JS, Mizunuma H, Cade JE, Burley V, Greenwood DC, Goodman A, Simonsen MK, Adami HO, Demakakos P, Weiderpass E. (2017). Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. *Human Reproduction.* 1;32(3):679-686. doi: 10.1093/humrep/dew350. PMID: 28119483; PMCID: PMC5850221.
- Monk, T. H., & Welsh, D. K. (2003). The role of chronobiology in sleep disorders medicine. *Sleep medicine reviews*, 7(6), 455-473.

- Morris, D. H., Jones, M. E., Schoemaker, M. J., Ashworth, A., & Swerdlow, A. J. (2011). Familial concordance for age at natural menopause: results from the Breakthrough Generations Study. *Menopause*, *18*(9), 956-961.
- Mullassery, D. G., Tsusaki, R. L., & Ramaswamy, P. (2023). A neuroendocrine approach to treat menopausal vasomotor symptoms: a brief clinical overview. *The Journal for Nurse Practitioners*, *19*(10), 104801.
- Myers, D. G., & Twenge, J. M. (2012). *Exploring social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Nappi, R. E., & Palacios, S. (2014). Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*, *17*(1), 3-9.
- Nappi, R. E., Palacios, S., Panay, N., Particco, M., & Krychman, M. L. (2015). Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European Revive Survey. *Climacteric*, *19*(2), 188–197. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1107039>
- Orhan, İ. (2020). Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisi [Doktora Tezi]. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Özcan, H., & Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, *28*(4), 157-163.
- Öztürk Eyimaya, A., & Tezel, A. (2021). Meleis'in geçiş teorisine göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *Health Care for Women International*, *42*(1), 107-126. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1825440>
- Paganini-Hill, A., & Henderson, V. W. (1994). Estrogen deficiency and risk of Alzheimer's disease in women. *American journal of epidemiology*, *140*(3), 256-261.
- Palacios, S., Henderson, V. W., Siseles, N., Tan, D., & Villaseca, P. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*, *13*(5), 419-428.
- Paramsothy, Pangaja PhD, MPH; Harlow, Siobán D. PhD; Nan, Bin PhD; Greendale, Gail A. MD; Santoro, Nanette MD; Crawford, Sybil L. PhD; Gold, Ellen B. PhD; Tepper, Ping G. MD, MS, PhD; Randolph, John F. Jr MD. Duration of the menopausal transition is longer in women with young age at onset: the multiethnic Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* *24*(2):p 142-149, February 2017. | DOI: 10.1097/GME.0000000000000736
- Plotkin, L. I., Bruzzaniti, A., & Pianeta, R. (2024). Sexual dimorphism in the musculoskeletal system: sex hormones and beyond. *Journal of the Endocrine Society*, *8*(10), bvae153.

- Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014 Oct;21(10):1063-8. doi: 10.1097/GME.0000000000000329. PMID: 25160739.
- Rees M, Abernethy K, Bachmann G, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, Erkkola R, Fistonc I, Gambacciani M, Geukes M, Goulis DG, Griffiths A, Hamoda H, Hardy C, Hartley C, Hirschberg AL, Kydd A, Marshall S, Meczekalski B, Mendoza N, Mueck A, Persand E, Riach K, Smetnik A, Stute P, van Trotsenburg M, Yuksel N, Weiss R, Lambrinoudaki I. (2022) The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. 158:70-77.
- Regitz-Zagrosek, V., & Gebhard, C. (2023). Gender medicine: effects of sex and gender on cardiovascular disease manifestation and outcomes. *Nature Reviews Cardiology*, 20(4), 236–247.
- Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015 Sep;44(3):497-515.
- Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Jan 1;106(1):1-15. doi: 10.1210/clinem/dgaa764. PMID: 33095879.
- Saper, C. B., Scammell, T. E., & Lu, J. (2005). Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature*, 437(7063), 1257-1263.
- Schmickler, J. M., Blaschke, S., Robbins, R., & Mess, F. (2023). Determinants of Sleep Quality: A Cross-Sectional Study in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032019>
- Shifren, J., & Schiff, I. (2021). Menopoz. J. S. Berek içinde, *Berek & Novak Jinekoloji* (s. 431-443). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Silvestri, R., Aricò, I., Bonanni, E., Bonsignore, M., Caretto, M., Caruso, D. & Simoncini, T. (2019). Italian Association of Sleep Medicine (AIMS) position statement and guideline on the treatment of menopausal sleep disorders. *Maturitas*, 129, 30-39.
- Sipilä, S., & Poutamo, J. (2003). Muscle performance, sex hormones and training in peri-menopausal and post-menopausal women. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 13(1), 19-25.

- Sis Çelik, A., & Pasinlioğlu, T. (2015). Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 16-29.
- Souza, L. A. C., Reis, I. A., & Lima, A. A. (2022). Climacteric symptoms and quality of life in yoga practitioners. *Explore*, 18(1), 70-75.
- Sözer, G. A. (2020). Menopoz dönemindeki kadınlarda eğitim ve ilerleyici kas gevşeme egzersizlerinin semptom yönetimi ve yaşam kalitesine etkisi: yarı deneysel çalışma. [Doktora Tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya
- Talaulikar V. (2022) Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 81:3-7. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003. Epub
- Tan O, Bradshaw K, Carr BR. Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. *Menopause*. 2012 Jan;19(1):109-17. doi: 10.1097/gme.0b013e31821f92df. PMID: 22011753.
- Tandon, V. R., Sharma, S., Mahajan, A., Mahajan, A., & Tandon, A. (2022). Menopause and sleep disorders. *Journal of mid-life health*, 13(1), 26-33.
- Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 44(3), 649-661.
- Tümer, A., & Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3), 337-346. <https://doi.org/10.31362/patd.451911>
- Uçanok Z. ve Bayraktar R. Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. *3P Dergisi: Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji* 1996; 4:11-20.
- Visser, J. A., & Themmen, A. P. (2005). Anti-Müllerian hormone and folliculogenesis. *Molecular and cellular endocrinology*, 234(1-2), 81-86.
- Weiss, G., Skurnick, J. H., Goldsmith, L. T., Santoro, N. F., & Park, S. J. (2004). Menopause and hypothalamic-pituitary sensitivity to estrogen. *Jama*, 292(24), 2991-2996.
- WHO.(2022). Menopause. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>. Erişim Tarihi: 12.07.2025
- World Health Organization. (1996). Research on the menopause in the 1990s: Report of a WHO scientific group (Tech. Rep. Ser. No. 866). *World Health Organization*

Wines, N., & Willstead, E. (2001). Menopause and the skin. *Australasian journal of dermatology*, 42(3), 149-160.

Xie, L., Kang, H., Xu, Q., Chen, M. J., Liao, Y., Thiyagarajan, M., ... & Nedergaard, M. (2013). Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *science*, 342(6156), 373-377.

Xu, Qunyan PhD1; Lang, Cathryne P. PhD2. Examining the relationship between subjective sleep disturbance and menopause: a systematic review and meta-analysis. *Menopause* 21(12):p 1301-1318, December 2014. | DOI: 10.1097/GME.0000000000000240

Yağcı, N., Şimşek, Ş., & Şenel, A. (2022). Klimakterik dönemdeki kadınların menapoza ilişkin tutumları ve psikolojik semptomların rolü: Denizli örneği. *Turkish Journal of Public Health*, 20(1), 80-89. <https://doi.org/10.20518/tjph.943739>

Yavan, T., & KÖPRÜLÜ, Ç. (2022). Menopoz. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 8(2), 1-14.

EKLER

Ek-1. Etik Kurul Kararı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :13/05/2024

Toplantı Sayısı :08

Karar Sayısı :79

79-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Elif AKMAN'ın "Menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi ile ilişkisi" başlıklı tezi ile ilgili "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda Elif AKMAN'ın "Menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi ile ilişkisi" başlıklı tezi ile ilgili COVID-19 salgını nedeniyle; çalışma takviminiz de dahil araştırmanızda oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
13/05/2024

Prof.Dr.Muhammed ÖZDEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-2. Çalışmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Kurum İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : E-51381736-771-253596936
Konu : Araştırma İzni
(Doç. Dr. Şenay TOPUZ)

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Hemşirelik Fakültesi)

İlgi : 12.08.2024 tarih ve 251103177 sayılı yazınız.

Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi'nde görevli Doç. Dr. Şenay TOPUZ sorumluluğunda ve yardımcı araştırmacı Hemşire Elif AKMAN tarafından yapılmak istenen "Menopoz Tutumunun, Menopoz Semptomları ve Uyku Kalitesi İle İlişkisi" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi, Müdürlüğümüz "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 29/08/2024 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü il 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinile bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilmesi esastır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 3B3E4F73-110A-4D6F-A1B1-408341DE50A5

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Ankara Toplum Sağlığı Birimi
Hacettepe, Talatpaşa Bly no 44, 06230 Altındağ/Ankara 06000
Telefon No: 03125084000
e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](mailto:Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/)
Kep Adresi: ankarabulgiko@b01.kep.tr

Bilgi için: Betül ÜÇER
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.
Telefon No: 03125084704



Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın adı: Menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi ile ilişkisi.

Sayın gönüllü,

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışma, menopoz dönemindeki kadınlarda Menopoz tutumunun, menopoz semptomları ve uyku kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul edeceğiniz takdirde size 18 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formu, 11 maddeden oluşan Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, 20 maddeden oluşan Menopoz İlişkin Tutum Ölçeği ve 5 sorudan oluşan Uykusuzluk Şiddeti İndeksi doldurtulacaktır.

Formları doldurma süreniz yaklaşık 10-15 dakikadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme ya da araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışma için size ödeme yapılmayacak, sizden de ücret talep edilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Onay Bölümü:

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacıya sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/Tarih

Gönüllünün adı/ soyadı
soyadı

AKMAN

İmza/Tarih

Araştırmacının adı/

Elif

Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma menopoz dönemindeki kadınların menopoz tutum ve semptomların uyku kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları, kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

1.Yaşınız: ...

2. Eğitim durumunuz:

a. Okur-yazar değil b Okur-yazar c. İlkokul d. Lise e. Lisans ve üstü

3.Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

4. Ekonomik durumunuz:

a. Gelir-gidere denk

b. Gelir- giderden fazla

c. Gelir-giderden az

5.Aile tipiniz;

a.Yalnız yaşıyorum b. Çekirdek aile c. Geniş aile

Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu Devamı

6.Kronik bir hastalığınız var mı?

- a. Evet (varsa.....) b. Hayır

7.Menopoza girme yaşıınız:

8.Menopoz dönemiyle ilgili bilgi aldınız mı?

- a. Evet (kimden?.....) b. Hayır

9. Menopoza girdikten sonra uyku alışkanlıklarınızın değiştiğini düşünüyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır (11. Soruya geçiniz)

10. Menopoza girdikten sonra uyku alışkanlıklarınızda nasıl bir değişim yaşadınız? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

a. Uykuya dalma sürem uzadı/Uyumakta güçlük çekmeye başladım.

b. Gece uykularım çok bölünmeye başladı.

c. Sabah uykumu almadan uyanmaya başladım.

d. Daha fazla uyumaya başladım.

e. Diğer.....

11. Aydınlıkta uyuma alışkanlığınız var mı?

- a. Evet b. Hayır

12.Yatak dışında uyuma alışkanlığınız var mı? (salonda, çekyatta)

- a. Evet b. Hayır

13.Sabahları genellikle nasıl uyanırsınız?

- a. Kendiliğimden b. Alarmla uyanırım

Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu Devamı

14. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

15. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

16. Düzenli egzersiz yapar mısınız? (haftada en az 150 dakika ve orta yoğunlukta)

a. Evet b. Hayır

17. Sabahları uykunuzu almış bir şekilde uyanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

18. Uyumanızı kolaylaştırmak için yaptığımız özel bir uygulama var mı? (sıcak süt içmek, duş alıp yatmak, kitap okumak vb.).....

Ek-5. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği

Aşağıda bulunan her bir cümleinin yanında “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle katılıyorum” seçenekleri yer almaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve size uyan seçeneğe (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

MENOPOZA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kadınlar yaşamlarında menopozu genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler.					
2. Kadınlar menopozdan sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.					
3. Menopozdaki kadın kendisinin de anlayamadığı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir.					
4. Erkekler menopoz sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar					
5. Kadınlar genellikle menopoz döneminde sinirli ve gergin olurlar.					
6. Birçok kadın menopozdan sonra artık “gerçek” bir kadın olmadığını düşünür					
7. Pek çok kadın âdetten kesilmekten üzüntü duyar.					
8. Menopoz bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.					
9. Kadınlar menopoz sırasında bir takım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler.					
10. Aslında hemen hemen her kadın yaşantısında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar.					
11. Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir					

Ek-5. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Devamı

MENOPOZA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
12. Kadınları menopoz döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilmemektir					
13. Kadınlar genellikle menopozdan sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyar.					
14. Pek çok kadın menopoz döneminde üzüntülü ve çökkün olur					
15. Menopoz pek çok kadının yaşamını altüst eder.					
16. Menopoz bir kadının yaşamında pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir.					
17. Kadınlar menopoza sonrasında genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler					
18. Menopoza girmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez.					
19. Pek çok kadın için menopoz katlanması oldukça zor bir durumdur.					
20. Menopoza giren pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder.					

Ek-6. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
1.Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2.Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3.Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4.Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5.Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6.Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)					
7.Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8.Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)					
9.İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10.Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11.Eklemler ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)					

Ek-7. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

1. Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin ŞİDDETİNİ değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a)Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b)Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok memnun	Memnun	Nötr	Memnun değil	Hiç memnun değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle engelleyici değil	Biraz engelleyici	Oldukça engelleyici	Çok engelleyici	Çok fazla engelleyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle fark edilemez	Biraz fark edilebilir	Oldukça fark edilebilir	Çok fark edilebilir	Çok fazla fark edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle endişelendirmiyor	Biraz endişelendiriyor	Oldukça endişelendiriyor	Çok endişelendiriyor	Çok fazla endişelendiriyor
0	1	2	3	4

Ek-8. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği'nin Kullanım İzin Maili

Şenay Hoca merhaba,

Menopoza İlişkin Tutum Ölçeğini tez çalışmasında kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler tezde yer almakta ancak anlaşılmayan bir nokta olursa yazabilirsiniz.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Zehra Uçanok

Hacettepe Üniversitesi

Edebiyat Fakültesi

Psikoloji Bölümü

Ek-9. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım izn Maili



Elif Akman

15 Kas Çar 14:11 ☆

Sayın Özlem Can Gürkan, 2005 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik testini yapmış olduğunuz " Menopoz S...



Özlem

18 Kas Cmt 17:57 ☆ 😊 ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Elif,

Çalışmada Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğini kullanmandan memnuniyet duyarım.

Ekte ilgili dosyaları bulabilirsiniz.

İyi akşamlar.

...

--

Doç.Dr. Özlem CAN GÜRKAN

Marmara Üniversitesi

Ek-10. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Kullanım İzni

Değerli Şenay Topuz Hocam,
Tez öğrencinizin çalışmasında başarılar dilerim.
Saygılarımla,

Murat Boysan, PhD
Department of Psychology
Faculty of Social Sciences and Humanities
Social Sciences University of Ankara



ÖZGEÇMİŞ

