

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZAL DÖNEMLERDEKİ KADINLARDA UYKU
SORUNLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Halime Esra KAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç.Dr. Emel EGE

KONYA-2011

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZAL DÖNEMLERDEKİ KADINLARDA UYKU
SORUNLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Halime Esra KAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Emel EGE

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 09102060 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2011

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Halime Esra KAL tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ
İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
A.B.D. Böl. Öğr. Üyesi

İmza

Danışman: Doç. Dr. Emel EGE
S. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik A.B.D. Böl. Öğr. Üyesi

İmza

Üye: Doç. Dr. Belgin AKIN
S. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik A.B.D. Böl. Öğr. Üyesi

İmza

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza
Prof.Dr.Orhan ÇETİN
Enstitü Müdürü

ii. ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde zamanını, deneyimlerini, görüşlerini paylaşan ve tez verilerinin analizinde yardımcı olan Hemşirelik Bölüm Başkanı Doç.Dr. Belgin AKIN'a, araştırma boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen arkadaşlarım Arş.Gör.Alime SELÇUK'a ve Arş.Gör.Neslihan LÖK'e, 15 nolu Sağlık Ocağında hemşire olarak çalışan Hatice ÇATAKOĞLU'na ve araştırma süresince beni motive eden aileme teşekkür ederim.

Arş.Gör.Halime Esra KAL
Konya-2011

iii. İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
1.1.Menopozla İlgili Tanımlar	3
1.1.1.Klimakteriyum	4
1.1.2.Premenopoz	4
1.1.3.Menopoz	4
1.1.4.Perimenopoz	5
1.1.5.Postmenopoz	5
1.2.Menopozda Görülen Değişiklikler	6
1.2.1.Fizyolojik Değişiklikler	6
1.2.2.Vazomotor Değişiklikler	7
1.2.3.Diğer Değişiklikler.....	9
Gastrointestinal değişiklikler	9
Psikolojik değişiklikler	9
Uzun dönemde görülen değişiklikler	9
1.3.Uyku ve Uyku Bozuklukları	10
1.3.1.NREM uykusu	11
1.3.2.REM uykusu	12
1.3.3.Uyku Gereksinimi	13
1.3.4.Uykunun Fizyolojisi.....	13
1.3.5.Uykuyu Etkileyen Faktörler	13
1.3.6.Uyku Bozuklukları	14
Uykusuzluk (İnsomnia)	15
1.4.Uykunun Ölçümü ve Değerlendirilmesi	16
1.4.1.Polisomnografi	16
1.4.2.Temel Nordik Uyku Anketi- BNSQ (Basic Nordic Sleep Questionnaire)	18
1.4.3.Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ).....	18
1.4.4.Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)	18
1.4.5.Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği- KSIUÖ (Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale).....	19
1.5.Menopozal Dönemde Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler.....	19
1.6.Menopozal Dönemlerde Hemşirelik Yaklaşımı	21

2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
2.1.Araştırmanın Tipi	25
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
2.3.Araştırmanın Evreni	25
2.4.Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi	25
2.5.Örnek Seçimi.....	26
2.6.Örnek Seçim Kriterleri.....	27
2.7.Veriler Toplama Tekniği ve Araçları	27
2.7.1.Anket Formu (Ek-A).....	27
2.7.2.Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği-KSİUÖ (Ek-B)	28
2.8.Ön Uygulama	29
2.9.Verilerin Toplanması	29
2.10.Değişkenler	29
2.10.1.Bağımlı değişkenler	29
2.10.2.Bağımsız Değişkenler	29
2.11.Terminoloji Tanımlaması.....	30
2.12.Verilerin Değerlendirilmesi	31
2.13.Araştırmanın Sınırlılıkları	31
2.14.Araştırmanın Güçlü Yönü	31
2.15.Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları	32
2.16.Araştırmanın Varsayımları.....	32
2.17.Araştırmanın Etiği.....	32
2.17.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu	33
3.BULGULAR.....	34
3.1.Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	35
3.2.Kadınların KSİUÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellik, Menopoz Durumu, Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikler ve Uyku Durumuna Göre Dağılımına İlişkin Bulgular.....	42
3.3. Kadınlarda Uykusuzluk Sorununu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulgular	49
4.TARTIŞMA	50
4.1.Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	50

4.2.Kadınların KSİÜÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellik, Menopoz Durumu, Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikler ve Uyku Durumuna Göre Dağılımına İlişkin Bulgularının Tartışılması	62
4.3.Kadınlarda Uykusuzluk Sorununu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulgularının Tartışılması	72
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
5.1.Sonuçlar	74
5.2.Öneriler	76
6.ÖZET.....	78
7. SUMMARY	79
8. KAYNAKLAR	80
9.EKLER.....	87
EK-A Anket Formu.....	87
EK-B Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği-KSİÜÖ	91
EK-C Konya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Eğitim Şube Müdürlüğü) Alınan İzin Belgesi.....	92
EK-D Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Konya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi	93
EK-E Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin Kullanım İzni	94
10. ÖZGEÇMİŞ	95

iv. SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BNSQ: Basic Nordic Sleep Questionnaire (Temel Nordik Uyku Anketi)

cm: Santimetre

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization

EEG: Elektroensefalografi

ETF: Ev Halkı Tespit Fişi

EUÖ: Epworth Uykululuk Ölçeği

FSH: Folikül Stimüle Eden Hormon

HDL: High-Density Lipoprotein (Yüksek Dansiteli Lipoprotein)

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

IMS: International Menopause Society (Uluslararası Menopoz Birliği)

IU/L: Ünite/Litre

kg: kilogram

KSİUÖ: Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği

LDL: Low-Density Lipoprotein (Düşük Dansiteli Lipoprotein)

LH: Luteinize Hormon

m: metre

m²: metrekare

nmol/L: Nano Mol/Litre

NREM: Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku)

pmol/L: piko mol/Litre

PUKÖ: Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği **TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

REM: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Uyku)

SPSS: Scientic Packages for Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHIIRS: Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale

1.GİRİŞ

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, teknolojiadaki ilerlemeler ve sosyal yapıdaki değişimler sonucunda doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır (Işık ve Vural 2001, Bayraktar ve Uçanok 2002, Yurdakul ve ark 2007). Bu süre günümüzde gelişmiş ülkelerde kadınlar için 80 yıldır (Bayraktar ve Uçanok 2002, Saka ve ark 2005). Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre; Türkiye’de kadınların doğuştan beklenen yaşam süresi 1990 yılında 69,5 yıl iken, 2006’da 75,3 yıla yükselmiştir (TÜİK 2007).

Doğuştan beklenen yaşam süresinin artması menopozdaki kadın sayısını da giderek arttırmaktadır (Eryavuz ve Üstün 1992). 2030 yılında menopozal dönemdeki kadın sayısının 1,2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Menopoza giren kadın sayısındaki artış gelişmekte olan ülkelerde daha hızlıdır. Bunun nedeni, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadın nüfusunun fazla olmasıdır. Dünyada 2030 yılına gelindiğinde menopoz dönemindeki kadınların %76’sının gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacağı tahmin edilmektedir (WHO 1996). Türkiye’de TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) (2008) verilerine göre; 45-59 yaş arası kadın nüfusu toplam kadın nüfusunun %15,7’sini oluşturmaktadır. Bu verilere göre günümüzde kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz ve menopoz sonrası dönemde geçirmektedir (Judd1994, Işık ve Vural 2001, Ertüngealp 2003, Saka ve ark 2005, Karlıdere ve Özşahin 2008, Şen ve Sevil 2008). Menopozal sürecin uzun olması, bu dönemde kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Çünkü menopoz kısa süren geçici bir durum olmayıp yıllar boyu kadını etkileyen bir süreçtir (Evlice ve ark 2002, Northrup 2005, Saka ve ark 2005, Kharbouch ve Şahin 2007, Yurdakul ve ark 2007, Şen ve Sevil 2008).

Menopoz biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörleri kapsayan karmaşık bir süreçtir. Menopozun algılanması ve bu dönemde görülen yakınmalar hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde farklılık göstermektedir. (Bayraktar ve Uçanok 2002, Tortumluoğlu 2004, Tokuç ve ark 2006, Gupta 2009). Nitekim ülkemizde yapılan bir çalışmada, menopozun kadınları psikolojik ve cinsel açıdan etkilemediği, kadınların menopozu olumsuz olarak algılamadıkları saptanmıştır (Danacı ve ark 2003).

Menopoz kadın için menarştan sonraki en önemli yaşam dönemidir. Kadın bu süreçte hormonal değişiklikler yaşar, doğurganlık özelliğini kaybeder ve yaşlanmaya başlar (Evlice ve ark 2002, Engin ve ark 2006, Keskinoglu ve ark 2006, Sözeri Varma ve ark 2006). Bu dönemde hormonal değişikliklere bağlı ruhsal (konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik ve depresyon gibi) ve fiziksel (cinsel sorunlar, genitoüriner atrofi, vazomotor belirtiler, uykusuzluk, kardiyovasküler sistem sorunları ve osteoporoz gibi) birçok sorun yaşanmaktadır (Magowan 2000, Ertüngealp 2003, Taşkın 2005, Smith 2008).

Menopozal dönemde görülen uyku bozuklukları vazomotor semptomlardan sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir (Owens ve Matthews 1998, Kravitz ve ark 2003, Rosenthal 2003, Moe 2005, Chung ve Tang 2006, Atasü ve Güreli 2007, Cheng ve ark 2008). Uyku fizyolojik gereksinimlerden birisi olup (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008), insanlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini uykuda geçirmektedirler (Özgen 2001). Postmenopozal dönemde premenopozal döneme göre daha fazla uyku sorunu yaşandığı bildirilmektedir (Moline ve ark 2003, Krishnan ve Collop 2006). Cheng ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmanın sonucuna göre; postmenopozal dönemde, premenopozal döneme göre uyku sorunlarının daha yaygın yaşandığı saptanmıştır. Timur'un (2008) Malatya'da yaptığı araştırmanın sonucunda; menopozal dönemlerdeki kadınlarda uykusuzluk prevalansının %54, uykusuzluk gelişme riskinin perimenopozal dönemdeki kadınlarda premenopozal dönemdeki kadınlara göre 2,4 kat fazla olduğu saptanmıştır.

Menopozal dönemde yaşanan uyku sorunları, vazomotor şikayetlere (sıcak basması ve gece terlemesi) paralel meydana gelmektedir. Eğer tabloya ruhsal belirtiler de eklenmişse uyku sorunları artmaktadır (WHO 1996, Moline ve ark 2003). Freedman ve Roehrs'in menopozda uyku sorunları ile ilgili yaptığı iki çalışmanın sonucuna göre; gece uykusunun ilk yarısında kadınların sıcak basmasından dolayı uykularının bölündüğü saptanmıştır (Freedman ve Roehrs 2006, Freedman ve Roehrs 2007). Ensrud ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da uyku sorunlarının sıcak basmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Kanda östrojen seviyesinin düşmesi; uykunun belli bir düzen içerisinde sürdürülmesini sağlayan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına yol açabilmektedir (Kravitz ve ark 2003). Uykuyu etkileyen diğer bir faktörde yaştır. 45 yaşından sonra

uyku süresi ve niteliği azalmakta, yedi saatlik bir uyku normal kabul edilmektedir. Hem yaş hem de menopozun etkisiyle orta yaştaki kadınlar erkeklere oranla iki kat daha fazla uyku sorunu yaşamaktadır (Owens ve Matthews 1998). Ayrıca menopoz dışında fiziksel etkinlik (egzersiz bireyin yorulmasına dolayısıyla daha kolay uyumasına yol açar), beslenme (kafeinli besinler uyku düzenini bozabilirken, soya fasülyesi gibi fitoöstrojen içeren ve proteinli besinler uykuya dalmayı kolaylaştırır), sigara içme (nikotin uykuya geçişi zorlaştırır), ilaç ve alkol kullanımı (uyku kalitesini bozar), hastalık durumu (hastalığa bağlı ağrı, fiziksel sorunlar ve horlama uykusuzluğa neden olur), yaşam biçimi (günlük yapılan uygulamalar ve iş yaşantısı uyku kalitesini etkileyebilir) ve çevresel etkenler (gürültü, aşırı sıcak ya da soğuk ortam uyku kalitesini bozabilir) uykuyu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008). Timur'un (2008) Malatya'da yaptığı araştırmanın sonucunda menopozal dönemlerdeki kadınlarda uykusuzluk gelişme riskinin; fiziksel hastalığı olanlarda olmayanlara göre 1,5 ve depresyonu olanlarda olmayanlara göre 3,9 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Bu dönemde hemşirelik yaklaşımı; dikkatli tanılama, destek ve eğitimi içermelidir (Kharbouch ve Şahin 2007). Kadınların menopozal yakınmaları özellikle de uyku sorunlarını daha az yaşayarak üretken ve mutlu bir yaşam sürdürmelerinde, kısacası yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir (Engin ve ark 2006). Menopozal dönemde uyku sorunları en önemli şikayetlerden biri olmasına karşın, Türkiye'deki menopozal dönemde uyku sorunlarının sıklığını ve ilişkili faktörleri saptayan yalnızca bir araştırma bulgusuna rastlanmıştır. Bu araştırma sonunda, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörlerin saptanmasıyla diğer araştırmalarda kullanılabilir önemli sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir. Bu çalışma, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

1.1.Menopozla İlgili Tanımlar

Menopoz tanımı yaygın olarak kabul görmekle birlikte, menopoz öncesi ve sonrası dönemlerin tanımlarıyla ilgili tartışmalar halen sürmektedir (Atasü ve Gezer 2001, Atasü ve Güreli 2007).

1.1.1.Klimakteriyum

Kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı östrojen metabolizmasındaki düşme sonucu üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği bir yaşam dönemidir (Judd 1994, Rhodes 1996, IMS 1999, Taşkın 2005, Öztürk ve Güneş 2007). Klimakteriyum eski yunanca bir kelime olup, “merdiven basmağı” anlamına gelmektedir. Klimakteriyum genellikle 45 yaş civarında başlamakta ve 65 yaşına kadar sürmektedir. Bu dönem; premenopoz, fizyolojik menopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemlerini de kapsayarak yaşlılığa kadar uzanmaktadır (Jones 1999, Atasü ve Gezer 2001, Taşkın 2005, Atasü ve Güreli 2007, Özkan 2008).

1.1.2.Premenopoz

Klimakteriyumun ilk fazı olup, menopoz öncesi bir- iki yıllık dönemi kapsar. Bu faz; düzensiz menstrual siklus, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklarla karakterizedir (Judd 1994, WHO 1996, Taşkın 2005, Gezer ve ark 2006, Özkan 2008).

1.1.3.Menopoz

Ovaryum aktivitesinin kaybı sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (WHO 1996). Menopoz, Yunanca men (ay) ve pausis (durma) sözcüklerinden türer. Kadın bu dönemde bir yıl süreyle adet görmemişse, kadının gördüğü son adete “menopoz” denir (Hotun Şahin 1998, Atasü ve Gezer 2001, Selam ve Topçuoğlu 2004, Gezer ve ark 2006, Atasü ve Güreli 2007, Nowakowski ve ark 2009). Ortalama menopoz yaşı 51-52 civarındadır (Sinclair 2004). Ülkemizde ise ortalama menopoz yaşı 47’dir (Ertüngealp 2003). Ancak 40 ve 60 yaşında da menopoza giren vakalar vardır (Taşkın 2005). Menopoz yaşı; gebelik sayısı, menarş yaşı, alkol tüketimi, fiziksel özellikler, ırk, sosyoekonomik durum, oral kontraseptif kullanımı, eğitim, coğrafi yerleşim durumu ile ilişkili değildir (Sinclair 2004, Taşkın 2005). Ancak zayıf, nullipara, sigara içen, kemoterapi gibi toksik etkiye sahip kimyasallara maruz kalan kadınlarda menopoz daha erken yaşlarda görülmektedir (Sinclair 2004).

Menopoz kendi içinde üçe ayrılır:

1. Doğal menopoz; overiyal foliküllerin yitilmesiyle ortaya çıkan fizyolojik bir durumdur (Northrup 2005, Gezer ve ark 2006, Bayraktar Görgel ve Çakıroğlu 2007).
2. Erken menopoz; doğal menopoza girme yaşının 40'ın altında olması durumudur. Erken menopoz, “prematür over yetmezliği” olarak da adlandırılmaktadır (Magowan 2000). Erken menopoz, doğal menopozdaki kadınların %1-4'ünü oluşturmaktadır. Erken menopozun nedeni kesin olarak bilinmemesine karşın, erken menopoz; genetik, otoimmün hastalıklar, radyasyon, kemoterapi, enfeksiyon, çevresel faktörler, rezistans over sendromu, kürtaaj ve düşükler, sık gebelik, uzun süre emzirme, obezite, hipotroidizm, ooforektomi gibi nedenlerle oluşabilmektedir (Northrup 2005, Gezer ve ark 2006, Bayraktar Görgel ve Çakıroğlu 2007).
3. Cerrahi menopoz ise; overlerin cerrahi bir işlemle alınması sonucu ortaya çıkmaktadır (Hotun Şahin 1998, Atasü ve Gezer 2001, Atasü ve Güreli 2007). Cerrahi menopozda kandaki östrojen seviyesi aniden azaldığı için semptomlar daha belirgin ve şiddetli yaşanmaktadır (Selam ve Topçuoğlu 2004).

1.1.4.Perimenopoz

Perimenopoz DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün tanımına göre; menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi içine alan dönemdir (WHO 1996). Yani perimenopoz; premenopozu, menopozu ve menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsamaktadır (Atasü ve Gezer 2001, Taşkın 2005, Gezer ve ark 2006).

1.1.5.Postmenopoz

Menopozu izleyen dönemi kapsar. Yani menopozdan yaşlılık dönemine (65 yaş) kadar geçen süredir (Sinclair 2004, Taşkın 2005, Gezer ve ark 2006).

1.2.Menopozda Görülen Değişiklikler

Yaşlanma dışında östrojeninin eksikliğine bağlı olarak meydana gelen ve özellikle de östrojen reseptörlerinden zengin dokularda daha belirgin görülen işlevsel, metabolik ve organik değişimler menopoza ait bulguları meydana getirmektedir (Gezer ve ark 2006). Kadınların yaklaşık %75'i menopozal bulguları yaşamaktadır (Jones 1999, Sinclair 2004). Kadınların %40'ı ise menopozal bulguları yoğun olarak yaşamaktadır. Menopozal bulguların şiddeti dolaşımdaki östradiol seviyesindeki azalma ile bağlantılı olup, genellikle östradiol seviyesi 60 pmol/L'nin altında ise menopozal bulgular yoğun olarak yaşanmaktadır (Jones 1999). Menopozal değişiklikler genellikle vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları ve cinsel işlevlerdeki değişikliklerle karakterizedir. Menopozun uzun dönemdeki etkileri ise osteoporoz ve kardiyovasküler sistemle ilgilidir (Soares ve ark 2006).

1.2.1.Fizyolojik Değişiklikler

Menopozda, premenopozal dönemde başlayan overiyal foliküllerdeki azalma sonucunda östrojen üretimi düşmekte ve FSH (Folikül Stimüle Eden Hormon)'da yükselme meydana gelmektedir. Bunun sonucunda düzensiz anovulatuvar kanamalar oluşmaktadır. Overler tam anlamıyla FSH ve LH (Luteinize Hormon)'a cevap verememektedir. Overiyal foliküllerin tamamen tükenmesi ile östrojen salgılanması durmakta ve overlerde atrofi meydana gelmektedir. Sonuç olarak üreme siklusu ortadan kalkmakta ve menopoz görülmektedir (Jones 1999, Sinclair 2004, Özkan 2008). Amenore ve hipoöstrojenemi ile birlikte serum FSH düzeyinin 40 IU/L'in üzerinde olması ile menopoz tanısı koyulmaktadır (Selam ve Topçuoğlu 2004). Eğer kişi HRT (hormon replasman tedavisi) için oral kontraseptif kullanıyorsa, kişinin 10 gün süreyle plasebo ilaç alması sağlanarak FSH ölçümü yapılmaktadır. Eğer kadın menopozdaysa FSH seviyesi yüksek çıkacaktır (Özkan 2008) . Menopozda FSH'la birlikte LH seviyesi de artmaktadır. Progesteron seviyesi, genç kadınlardaki foliküler faz progesteron seviyesinin yalnız %30'u kadardır. Ayrıca menopozla birlikte dolaşımda, östradiol seviyesi östrona göre daha düşüktür. (Judd 1994). Androjen üretimi ilerleyen yaşla birlikte azalmaktadır. Özellikle postmenopozal dönemde periferik androjen kaynağı olan androstenedion düzeyi yaklaşık 1/3 oranında düşmektedir (Gezer ve ark 2006). Menopozdan bir yıl sonraki plazma hormon seviyeleri aşağıda verilmiştir:

- FSH: 90-110 IU/L
- LH: 60-70 IU/L
- Östradiol: 30-100 pmol/L
- Östron: 100-150 pmol/L
- Total testosteron: 1-3 nmol/L (Jones 1999).

1.2.2.Vazomotor Değişiklikler

Vazomotor değişiklikler sıcak basması ve gece terlemeleri ile karakterize olup, %75-85 oranında görülmektedir (Eryavuz ve Üstün 1992). Sıcak basmasının prevalansı kültürlere göre değişmektedir. Meksika'daki Mayalı kadınlarda sıcak basmasının görülmeyeceği, Hong Konglu kadınlarda sıcak basması prevalansının %10-22, Japon kadınlarda %17, Tayvanlı kadınlarda %23, Kuzey Amerikalı kadınlarda %45 ve Hollandalı kadınlarda %80 olduğu bildirilmektedir. Sıcak basması ve gece terlemesi, Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınlarda diğer toplumlardaki kadınlara göre daha yaygın görülmektedir. Fitoöstrojenden zengin beslenen Japon kadınlar, Kafkas kadınlara göre sıcak basması ve gece terlemesini daha az yaşamaktadırlar. İsveç'te 1600 kadınla (45-55 yaş) yapılmış bir çalışmada, sıcak basması ve gece terlemesinin kadınların %50'sinde görüldüğü saptanmıştır (WHO 1996). Türkiye'de Sözeri Varma ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada kadınların %64'ünün sıcak basması ve %54'ünün gece terlemesi yaşadığı, Biri ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada da, menopozda olan kadınların huzursuzluk, uykusuzluk, ateş basması ve terleme gibi şikayetleri menopozda olmayan gruba göre daha fazla yaşadıkları saptanmıştır.

Genellikle şişman kadınlar sıcak basmalarından daha az etkilenmektedir. Çünkü şişman kadınların yağ dokularında daha fazla östrojen üretildiği ve sonuç olarak zayıf kadınlara göre şişman kadınların vücutlarındaki östrojen düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca şişman kadınlarda, östrojene bağlanan protein tipik olarak düşük düzeydedir. Bunun sonucunda östrojenin büyük bir bölümü dolaşımda proteine bağlı değildir ve böylece dolaşımdaki serbest östrojen miktarı fazladır (Atasü ve Güreli 2007).

Kadınların %57'sinde sıcak basmaları beş yıldan fazla sürmektedir. Nadiren bazı kadınlar bu semptomları hiç yaşamazken, bazıları birkaç ay yaşamaktadır. Bazen de sıcak basmaları 70 yaşına kadar sürebilmektedir. Belirtilerin ne zaman başladığı ya da biteceği kesin olarak bilinmemektedir (Sinclair 2004). Menopozdan sonraki 1-2 yıl sıcak basmalarının en yoğun yaşandığı dönemdir (Jones 1999).

Sıcak basmalarının; ani olarak başladığı ve yoğun olarak yüz, baş, boyun ve göğüste hissedildiği, 30 saniye veya 5 dakika içerisinde geçtiği bildirilmektedir. Sıcak basmaları çoğu kez uykuda olmaktadır (Eryavuz ve Üstün 1992, WHO 1996, Jones 1999, Durmuşoğlu ve Erenus 2000). Sıcak basmaları 10-30 dakika aralıklarla olabileceği gibi (Sinclair 2004), haftada bir iki kez de görülebilmektedir (Eryavuz ve Üstün 1992).

Sıcak basmasının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte (Jones 1999), hipotalamik nörotransmitterlerin östrojen eksikliğine karşı verdiği hemostatik bir yanıt olduğu düşünülmektedir (Eryavuz ve Üstün 1992, Sinclair 2004). Bu durumda artmış norepinefrin seviyesi, hipotalamustaki termoregülatör merkezi uyatarak periferel vazodilatasyona yol açmaktadır ve bunun sonucunda sıcak basması meydana gelmektedir (Yıldırım 1996, Sinclair 2004).

Sıcak basmasından sonra terleme gerçekleşerek, vücut sıcaklığı düşürülmeye çalışılmaktadır. Sıcak basmasına nabızda artış, çarpıntı, üşüme ve titreme de eşlik etmektedir (Sinclair 2004). Menopozun dışında sıcak basmasına; kan basıncındaki yükselme, anksiyete, sinirlilik, ortam ısısının yüksek olması ve osteoporoz tedavisi için kullanılan Raloksifen neden olabilmektedir (WHO 1996).

Vazomotor semptomlar hem doğal hem de cerrahi menopozda görülebilmesine karşın (Freedman 2000), cerrahi menopozda vazomotor semptomlar hemen başlamakta ve doğal menopoza göre daha uzun sürmektedir (Sinclair 2004). Yaklaşık olarak kadınların 1/3'ü vazomotor semptomları hafif veya orta şiddette yaşamakta ve genellikle tıbbi yardım almamaktadır (Jones 1999). Kadınların %25'inde vazomotor semptomlar yoğun olarak yaşanmaktadır. Bu kadınlarda 3-5 yıllık düşük doz HRT'nin, semptomların giderilmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Eryavuz ve Üstün 1992).

1.2.3.Diğer Değişiklikler

Gastrointestinal değişiklikler

Östrojen ve progesteronun gastrik motilite üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Premenopozal dönemde; kolon spazmı, intestinal distansiyon, dispepsi ve konstipasyon şikayetleri meydana gelmektedir (Atasü ve Tekin 2001).

Psikolojik değişiklikler

Menopoz sonrası dönem, menopoz öncesi döneme göre depresif belirtilerin ortaya çıkmasına daha fazla yatkınlık oluşturmaktadır (Bezircioğlu ve ark 2004, Joffe ve ark 2009). Östrojen eksikliği depresyonun oluşmasında biyokimyasal bir zemin oluşturmaktadır. Serotonin metabolizmasında rol oynayan triptofan depresyon açısından önem taşımaktadır. Postmenopozal kadınlarda total triptofan miktarı değişmemesine karşın serbest triptofan miktarı azalmaktadır. Sonuçta serotonin metabolizmasındaki değişim depresyona neden olmaktadır. Östrojen tedavisi ile birlikte triptofan seviyelerinde artma ile depresyonda azalma meydana gelmektedir. Bunun dışında ailevi ve sosyal sorunlar da depresyon ve moral değişikliklerini etkilemektedir (Durmuşoğlu ve Erenus 2000). Keskinöğlu ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları araştırmaya göre, menopozal dönemdeki kadınlarda depresyon prevalansı %10,5 olarak bulunmuştur.

Uzun dönemde görülen değişiklikler

Postmenopozal dönemde; genitoüriner atrofi, osteoporoz, kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları ve ciltte bozulmalar görülmektedir (Taşkın 2005).

Postmenopozal dönemde meydana gelen ilk değişiklik genitoüriner atrofidir. Bu dönemde; vulva derisi incelmekte, labium majörler küçülmekte, pubik kıllanma azalmakta, vajina esnekliğini kaybetmekte, daralmakta, kısalmakta, incelmekte, salgısı azalmakta ve bu nedenle cinsel ilişki sırasında ağrı oluşmaktadır. Vajen epitelinde glikojen depolanma yeteneği azaldığından laktobasiller sayıca azalmakta, pH ve enfeksiyona yatkınlık artmakta, kaşıntı ve buna bağlı irritasyon meydana gelmektedir. Uterus, overler ve tuba uterinalar atrofiye olmaktadır. Pelvis tabanı esnekliğini kaybetmekte ve sonuçta sistosel, rektosel ve uterus prolapsusu meydana gelmektedir (Gezer ve ark 2006, Taşkın 2005). Ayrıca alt üriner sistem

enfeksiyonları ve inkontinans görülme durumu bu dönemde artmaktadır (Yalçın 1996). Menopozdan sonra ilk on yıl içinde endojen östrojenler az miktarda da olsa salgılandıkları için genitoüriner atrofi belirtileri bütün kadınlarda hemen ortaya çıkmamaktadır (Taşkın 2005).

Postmenopozal dönemde meydana gelen ikinci değişiklik osteoporozdur. Osteoporoz; kemik kitlesinin azalması sonucu kemiğin kırılabilirliğinin artmasıdır (Batmaz 1996). Bir kadında yaşam boyu görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelmektedir. Osteoporoza bağlı en çok vertebra, uzun kemikler ve kalça kemiklerinde kırıklar oluşmaktadır (Ertüngealp 2000).

Postmenopozal dönemde meydana gelen üçüncü değişiklik kardiyovasküler sistemle ilgilidir. Üreme dönemindeki kadınlarda koroner kalp hastalığının morbidite ve mortalite ilişkisi aynı yaş grubundaki erkeklerden daha az iken postmenopozal dönemdeki kadınlarda bu risk artmaktadır (Timuralp 1996). Östrojen lipid metabolizması üzerinde etkilidir. Bu dönemde LDL (Düşük Dansiteli Lipoprotein) artarken, HDL (Yüksek Dansiteli Lipoprotein) azalmakta, sonuç olarak total kolesterol yükselmekte ve koroner kalp hastalığı riski artmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar için menopoz haricinde risk faktörleri vardır. Bunlar; aile öyküsü, total kolesterolün yüksek olması, diyabet, hipertansiyon, yaş ve sigara kullanımı olarak sıralanabilir (Seyisoğlu 2000, Taşkın 2005).

Postmenopozal dönemde görülen dördüncü değişiklik deride meydana gelmektedir. Östrojen seviyesindeki azalmayla birlikte epidermis incelmekte, deri altı yağ dokusu azalmakta, deri elastikiyetini kaybetmekte, ciltte kırışıklıklar meydana gelmektedir (Judd 1994, Zeren Bilgin ve Bilgin 2000).

1.3.Uyku ve Uyku Bozuklukları

Uyku; bilinç düzeyinin geriye dönüşlü değişiklikler gösterdiği, düzenli, tekrarlayan ve kolayca geri dönebilen, uyanıklıkla karşılaştırıldığında dış uyaranlara yanıt eşliğinin yükseldiği ve fiziksel aktivitenin en alt düzeyde olduğu bir durumdur (Akdemir 2004, Krishnan ve Collop 2006, Keser Özcan 2008). Uyku, insan yaşamının 1/3'ünü kapsayan (Çakırcalı 2000, Özgen 2001, Karadağ ve Ursavaş 2007) yaşam kalitesinin en önemli unsurlarından biridir (Polo-Kantola ve ark 2001). Uyku; fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen karmaşık bir olaydır

(Timur 2008). Uyku, subjektif bir deneyimdir ve yalnızca birey uykusunun yeterli ve dinlendirici olup olmadığına karar vermektedir (Keser Özcan 2008).

Uyku bir dizi aktivite sonucu başlamaktadır. Uyku sırasında vücut sıcaklığı ve serum kortizol düzeyi düşmekte, melatonin salgısı artmaya başlamaktadır. Merkezi sinir sisteminin subkortikal bölgesinde norepinefrinerjik inhibisyon başlaması ile organizma uyumaya hazırlanmaktadır. Ayrıca serotoninerjik aktivite artarak uyku derinleşmekte, uyku derinleştikçe adrenerjik sistemde inhibisyon artmaktadır (Keser Özcan 2008).

Uyku fizyolojik olarak, NREM (Non-Rapid Eye Movement/ Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku) ve REM (Rapid Eye Movement/ Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Uyku) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır (Çakırcalı 2000, Özgen 2001, Akdemir 2004, Keser Özcan 2008). Genellikle uykunun ilk 1/3'lük bölümünü NREM, son 1/3'lük bölümünü ise REM uykusu oluşturmaktadır (Özgen 2001).

1.3.1.NREM Uykusu

Yavaş dalga uykusu ya da rüyasız uyku olarak da bilinmektedir. NREM uykusunda rüya görülse bile hatırlanmazken, REM uykusunda görülen rüya hatırlanmaktadır (Keser Özcan 2008). NREM uykusu dört evreden oluşmaktadır:

- Birinci evre: Uyku ile uyanıklık arası geçiş dönemidir. Uyku oldukça hafiftir. Birey kendini uyuşuk hissetmektedir. Uykuya başlarken ve gece uykusunun sonunda 1-7 dakika sürmektedir.
- İkinci evre: Daha derin bir uykudur. Kişiyi uyandırmak daha da güçleşmektedir. Gözler hareketsizdir, kalp ve solunum yavaş yavaş azalmakta ve vücut sıcaklığı düşmektedir. Bu evre ortalama 10-15 dakika sürer. Bir ve ikinci evre, uykunun %50-60'ını kapsamaktadır.
- Üçüncü evre: İkinci evreden daha derindir. Parasempatik sinir sisteminin etkisi ile kalp ve solunum hızı düzenli ve oldukça yavaştır. Kişiyi uykudan uyandırmak oldukça zordur.
- Dördüncü evre: Çok derin bir uyku dönemidir. Üçüncü evreye göre bireyi uyandırmak daha da zordur. Bu dönemde kan basıncı, nabız, solunum hızı ve

oksijen tüketimi normalin altına düşmektedir. Vücudun fiziksel olarak dinlendiği ve gevşediği bir evredir. Bu aşamada uyku, vücudun iyileşme sürecini hızlandırmakta ve kan kolesterol düzeyini etkilemektedir. Gece astım krizleri bu evrede nadir görülmektedir. Ayrıca somatotropin (büyüme hormonu) bu dönemde salgılanmaktadır. Dördüncü evre esas uykunun olduğu evredir ve fiziksel sağlık için önemlidir (Çakırcalı 2000, Özgen 2001, Keser Özcan 2008).

1.3.2.REM Uykusu

Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra NREM döneminden ilk REM dönemine geçiş olmaktadır. Daha sonra yaklaşık 90 dakika aralarla, bir gecede 3-5 REM dönemi görülmektedir (Özgen 2001). İlk REM periyodu 10 dakikadan kısadır ve sonraki periyotlar 15-40 dakika sürebilir. Bir gecedeki uykuda toplam REM uykusu 1,5-2 saattir. REM uykusu yaş ilerledikçe azalır. Örneğin; bebeklerde REM uykusu %50 iken, yaşlılarda %15'tir. REM uykusunda, beyin işlevleri ve fizyolojik etkinlik artmıştır. Fizyolojik etkiler kişinin uyanık olduğu döneme benzer (Keser Özcan 2008). Beyin kan akımı ve oksijen kullanımı uyanıklık dönemine benzer artışlar göstermektedir (Ertuğrul ve Rezaki 2004). Beyin metabolizması %20 artmış, metabolik süreçler hızlanmıştır. REM döneminde bir kişiyi uyandırmak NREM dönemine göre daha zordur. Bu dönemde hızlı göz hareketleri olmaktadır. Solunum sayısı ve derinliği değişmekte ve kalp atım hızı düzensizleşmektedir. Solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında atoni görülmektedir. Rüyalar uykunun bu döneminde meydana gelmektedir. REM uykusunda, önceden algılanmış durumlar arasında ilişkiler değerlendirilmekte, obje ya da olaylar anlamlandırılmaktadır. Kısacası REM uykusu bireyin mental sağlığını düzenlemektedir (Çakırcalı 2000, Özgen 2001, Keser Özcan 2008).

Her uyku siklusunun ilerleyişi sırayla olmaktadır. Hafif uykudan derin uykuya geçilmekte ve her siklusta tekrar hafif uykuya dönülmektedir. Kişinin, uykunun dört aşamasını geçebilmesi için 90 dakika uyuması gerekmektedir. Kişi sık sık uyanırsa sürekli olarak yeni bir siklusta uykuya başlamaktadır. Uyku siklusunun bozulması derin uykunun bölünmesine neden olmaktadır (Çakırcalı 2000). Genç erişkinlerde gece uykusunun %75'i NREM, %25'i REM uykusudur (Akdemir 2004).

1.3.3.Uyku Gereksinimi

Yaş ilerledikçe, toplam uyku süresi giderek azalmakta ve uyku bölünmeleri artmaktadır. 45 yaşından sonra 7 saatlik uyku normal kabul edilmektedir. 60 yaşından sonra NREM uykusu son derece azalmakta ve bedensel yorgunluk artmaktadır (Derman 2001, Akdemir 2004, Ertuğrul ve Rezaki 2004).

1.3.4.Uygunun Fizyolojisi

Ponsun alt yarısı ve medulla oblongatadaki rafe çekirdeği uykuda etkilidir. Buradan çıkan lifler retiküler formasyon ve yukarıya doğru talamus, neokorteks, hipotalamus ve limbik sistemin birçok alanına yayılır. Bu liflerin ucundan serotonin salgılanmaktadır. Bu nedenle serotonin uyku oluşumunda temel transmitterdir. Dopaminerjik nöronlar uyanıklık sürecinde rol oynamaktadırlar. Noradrenerjik ve kolinerjik maddelerle çalışan sistemler uyanıklık ve REM uykusundan sorumludurlar (Akdemir 2004).

1.3.5.Uykuyu Etkileyen Faktörler

- Yaş ve cinsiyet: Yaşamın erken dönemlerinde zamanın çoğu uykuda geçmektedir. Ancak yaşın ilerlemesiyle uykuya gereksinim azalmakta, uyku bölünmeleri artmakta ve uykuya dalma süresi uzamaktadır (Keser Özcan 2008). Genç erişkin kadınların uyku kalitesi aynı yaş grubundaki erkeklerden daha iyidir. Ancak yaş ilerledikçe ve bir takım biyolojik (menopoz gibi) değişiklikler oldukça, kadınlar erkeklere göre daha çok uyku sorunu yaşamaktadır (Krishnan ve Collop 2006).
- Fiziksel etkinlik: Gün içinde yapılan fiziksel egzersizler bireyin yorulmasına ve çoğu kez daha kolay uykuya dalmasına neden olmaktadır. Aşırı yorgunlukta REM uykusunun ilk evresi kısalırken, kişi dinlendikçe REM evreleri uzamaya başlamaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).
- Beslenme: Kafeinli besinler, ağır yemek, kola ve çikolata uyku düzenini bozabilir. Kafeinli besinler uyumayı zorlaştırmaktadır. Proteinli besinler uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır. Karbonhidratlar serotonin düzeyini etkileyerek kişide sakinlik ve rahatlamaya neden olmaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).

- Sigara içme: Nikotin uykuya geçişi zorlaştırmaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).
- İlaçlar ve diğer maddeler: Birçok ilaç, alkol gibi maddeler uyku kalitesini bozmakta ve uykusuzluğa neden olmaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).
- Hastalıklar: Pek çok hastalık (gastrit, kardiyak hastalıklar gibi), ağrı, fiziksel sorunlar, anksiyete ve depresyon uykusuzluğa neden olmaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).
- Yaşam biçimi: Bireyin günlük yaptığı uygulamalar, iş yaşantısı uyku kalitesi ve süresini etkileyebilmektedir (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).
- Çevresel etkenler: Çevre uykuya dalmayı kolaylaştırabilirdiği gibi bazen de uykuyu engelleyici bir etken olmaktadır. Gürültü, aşırı sıcak ya da soğuk ortam uyku kalitesini bozabilmektedir (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).
- Patolojik etkenler: Üzüntü, anksiyete, depresyon, korku ve kayıp gibi etkenler uyku kalitesini bozmaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).
- Biyolojik değişiklikler: Menstruasyon, menopoz ve gebelik gibi durumlar uyku sorunlarına neden olabilmektedir (Lee ve Kryger 2008).

1.3.6.Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu eskiden beri süregelen bir rahatsızlıktır. Uyku bozuklukları Türkiye ve dünyada artış gösteren, sıklıkla karşılaşılan bir sorundur (Altıntaş ve ark 2006, Keser Özcan 2008). Son 40 yılda uyku bozuklukları ile ilgili araştırmalar hızlanmıştır (Krishan ve Collop 2006). Uyku bozuklukları yaşamı tehdit eden kazalar, iş verimliliğinde kayıplar ve psikososyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle toplumda uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bu sorunu yaşayan insanların bilinçlendirilmesi ve tedavi almaya yönlendirilmesi çok önemlidir (Altıntaş ve ark 2006). Burada uyku bozukluklarından, menopozla ilişkisi olduğu için yalnızca uykusuzluk (insomnia) kavramı ele alınacaktır.

Uykusuzluk (İnsomnia)

Uykusuzluk; uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve uykuyu sonlandırmada güçlük yaşanması ya da uyumaya karşın bireyin kendisini uyumuş ve dinlenmiş olarak hissetmemesidir (Çakırcalı 2000, Özgen 2001, Akdemir 2004, Keser Özcan 2008). Uykusuzluk bir hastalık değil, bir bulgudur (Akdemir 2004).

Uykusuzluk, uyku sorunları içinde en yaygın görülen durumlardan biridir. İnsanların %50'si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk sorunu yaşamışlardır. Bu insanların yarısının, sorunun çok ciddi boyutta olduğunu ifade etmeleri, uykusuzluğun önemli ve yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Türkiye’de insomnia sorununun %22 olduğu saptanmıştır. Bu durumda insomnia sorunu yaşayanların %50'si uykuya dalma ve %44'ü uykuyu sürdürmede güçlük yaşadığını, %6'sı hiç uyumadıklarını bildirmiştir (Keser Özcan 2008).

Kronik uykusuzluk özellikle kadınlarda, yaşlılarda ve tıbbi ya da psikiyatrik sorunu olanlarda yaygın olarak görülmektedir. Uykusuzluk sorunu olan bireyler günlük yaşamlarında ve genel sağlık alanlarında daha çok sorun yaşamakta, zaman, enerji yönünden daha çok yardıma gereksinim duymakta ve sonuç olarak bu kişilerin yaşam kalitesi düşmektedir. Kronik uykusuzluk yaşayan bireyler derin uyku uyuyamadıklarını, kolayca uyanıp bir daha uykuya dalmakta güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Geçici uykusuzluk ise sık rastlanan bir durum olup, genellikle birkaç geceden fazla sürmemekte ve çoğu zaman stres, ilaçlar gibi durumların etkisiyle meydana gelmektedir (Özgen 2001, Keser Özcan 2008).

Uykusuzluk nedenlerine göre üçe ayrılır:

- Ruhsal bozukluğa bağlı uykusuzluk: Ruhsal hastalıklarda görülen kronik uykusuzluk durumudur. Kişinin gerginliği ve kaygı durumu uykunun başlangıcında gevşemeye engel olduğundan, uykuya geçiş uzamakta ve uyku bölünmeleri olmaktadır (Çakırcalı 2000, Özgen 2001).
- Bilinen organik bir bozukluğa veya ilaçlara bağlı uykusuzluk: Anjina pectoris, artrit, parkinson, astım gibi bir hastalığa veya psikostimülan (amfetamin, metilfenidat, efedrin, kafein, teofilin gibi), antidepresan (trisiklik antidepresanlar), antiparkinson (L-dopa, bromokriptin gibi) antiaritmik, antihipertansif, antikonvülsif ilaçlar, kortikosteroid ve troid

preparatlarının kullanımına bağı uykusuzluklardır (Çakırcalı 2000, Özgen 2001).

- Belirgin ruhsal ya da bedensel bir sorun yoktur. Ancak uykunun kendisi ruhsal bir saplantı olmuştur. Yani kişi sürekli olarak uyuyamayacağından endişelenmekte, sonuçta uyumak için çabalamakta fakat uyuyamamaktadır (Çakırcalı 2000).

Uykusuzluk sorunun giderilebilmesi için özellikle uykusuzluğun nedeninin saptanması gerekmektedir. Soruna yönelik önlemlerin yanında uyku hijyeninin düzenlenmesi gerekmektedir (Keser Özcan 2008).

1.4.Uykunun Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Akdemir'in bildirdiğine göre; uyku konusundaki ilk gelişmeler 1929 yılında başlamıştır. İlk olarak Berger uykuda EEG (elektroensefalografi)'i kaydetmiştir. 1937 yılında Loomis ve arkadaşları uykunun beş evreden oluştuğunu bulmuşlardır. 1957 yılında Demet ve Kleitman REM uykusunu tanımlamışlardır (Akdemir 2004). Uykusuzluğun ölçülmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır;

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

1.4.1.Polisomnografi

Polisomnografi; uyku ve uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan çok önemli bir laboratuar tekniğidir. Bu teknikle birçok fizyolojik parametre uyku laboratuarlarında, gece uykusu sırasında kayıt ve analiz edilerek yorumlanmaktadır (Chokroverty ve ark 2005, Kaynak 2005, Mitler ve ark 2005). Polisomnografi ile horlama, uyku apnesi, uykuda periyodik bacak hareketleri gibi uyku bozukluklarının tanısında kullanılan birçok fizyolojik parametre, ayrıca gece

uykusu boyunca hastanın beyin dalgaları, göz hareketleri, solunum işlevleri, kanındaki oksijen yüzdesi ve kas aktiviteleri değerlendirilmektedir (Chokroverty ve ark 2005, Mitler ve ark 2005).

Polisomnografik inceleme yapılacak hastaya; laboratuvar merkezine gelmeden önce banyo yapması, polisomnografi uygulanacak geceden önce gündüz uyumaması, alkol, çay ve kahve gibi uyku düzenini bozan içecekleri aşırı miktarda tüketmemesi gerektiği konusunda bilgi verilir. Ayrıca yine uykunun doğal seyrini bozacak uyku verici ya da antidepresan ilaçların test günü kullanılmaması gerektiği açıklanır (Çiftçi ve Köktürk 2004, Karadağ ve Ursavaş 2007). Hasta uyku merkezine geldiğinde bir süre istirahat ettikten sonra uyuyacağı odasına alınmaktadır. İşlemin uygulanacağı odanın hastanın evindeki konforu aratmayacak özellikte olması gerekmektedir (Chokroverty ve ark 2005, Karadağ ve Ursavaş 2007).

Hastaya gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra elektrotlar hastanın vücudunun çeşitli yerlerine monte edilir. Kayıt esnasında beyin dalgalarını izlemek için saçlı deri ve kulak arkasına, göz hareketlerini incelemek için her iki göz yakınına, kas hareketlerini izlemek için çeneye ve kalp elektrosunu alabilmek için göğüse elektrotlar yapıştırılır. Hastanın kanındaki oksijen miktarını ölçmek için parmak ucuna, horlamasını takip etmek için boynuna ve nefes alıp vermesini izlemek için burnuna sensörler takılır. Elektrotların bağlanmasından sonra incelemeyi takip edecek teknisyen izleme odasına çekilir ve bilgisayar üzerinden hastanın elektrotlar aracılığı ile elde edilen tüm sinyallerini izlemeye ve kayıt etmeye başlar. Ayrıca yatak odasında bulunan bir kamera ile hastadan tüm gece boyunca görüntü kaydı alınır. Hastaya uyuması için herhangi bir ilaç verilmez ve kendi doğal uykusu sırasında kayıt yapılır. Gece boyunca alınan görüntü kayıtları teknisyen odasından izlendiğinden hastanın herhangi bir ihtiyaç halinde kalkması ya da uyanması durumunda teknisyen odaya gelerek kendisine yardımcı olur. Bu şekilde sabaha kadar uyuyan hasta uyandığında elektrotları teknisyen tarafından sökülerek, test sonlandırılmaktadır. İşlem bittikten sonra hastaya uyku durumunu sorgulayan bir anket formu uygulanır. Bu anket formunda; yaklaşık uykuya dalma süresi, uyku süresi, uyanık kalma süresi ve uyku kalitesi ile ilgili sorular yer almaktadır. Tüm gece boyunca alınan kayıtlar ertesi gün hekim tarafından bilgisayar ortamında analiz edilerek, sonuçlar rapor halinde hastaya verilmektedir (Chokroverty ve ark 2005).

Polisomnografi, mutlaka uyku bozukluklarında özelleşmiş hemşire, teknisyen ve hekimlerin çalıştığı uyku laboratuvarlarında yapılmalıdır (Kaynak 2005).

1.4.2.Temel Nordik Uyku Anketi- BNSQ (Basic Nordic Sleep Questionnaire)

BNSQ, 1988 yılında İskandinav Uyku Araştırma Topluluğu tarafından geliştirilmiş olup, 21 sorudan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Bu ölçek son üç ay süresince uyku kalitesini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Her bir soruya 0-5 arasında puan verilmektedir. Bu ölçekteki üç soru bireyin çevresindeki kişiler tarafından yanıtlanmaktadır (Partinen ve Gislason 1995).

1.4.3.Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ)

PUKÖ, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında ölçek Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte toplam 24 soru bulunmaktadır. Bu sorulardan 19'u kişinin kendisini değerlendirmesi ile ilgili, 5'i ise eş ya da arkadaşların yanıtladığı sorulardır. 19. soru puanlamada dikkate alınmaz. PUKÖ; subjektif uyku kalitesi, uyku verimliliği, uyku süresi, uyku gecikmesi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlerinde bozulmanın değerlendirildiği yedi öğeden oluşmaktadır. Her soru 0-3 arasında puanla değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanı 0-21 arasındadır. PUKÖ toplam puanının 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir. Tanısal duyarlılığı %89,6, özgüllüğü %86,5'tir. Ölçeğin doldurulması 5-10, puanlaması ise 5 dakika sürmektedir (Ağargün ve ark 1996).

1.4.4.Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)

EUÖ, 1991 yılında M.W.Johns tarafından geliştirilen, gündüz aşırı uyku eğilimini saptamak için uykunun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesini sağlayan, ve yaygın olarak kullanılan dörtlü likert tipi bir ölçektir. 0,1,2,3 şeklinde puanlanmakta ve yüksek puan uykululuğu göstermektedir. EUÖ diğer ölçeklerden farklı olarak, uykululuğun günlük özel durumlar ve özel zaman dilimleri içinde değerlendirilmesinden öte, gündüz uykululuğunun genel düzeyinin ölçülmesini hedef almaktadır. EUÖ, genel uykululuk düzeyini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Bu ölçek, Ağargün ve arkadaşları (1999) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır.

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

KSİÜÖ, Levine ve arkadaşları (2003) tarafından uykusuzluk semptomlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. KSİÜÖ 5 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki ilk dört soru uykusuzluğun başlayışı, uykuyu sürdürememe ve sabahları erken uyanma durumunu belirtmektedir. Son soru ise uyku kalitesi ile ilişkilidir. Her bir soruya verilen yanıt son dört haftada ve her haftadaki sıklık düşünülerek bireyin deneyimlerine göre cevaplanmaktadır. KSİÜÖ'de her bir maddeye "0-4" arasında puan verilmektedir. İlk dört soruda "0" puan uykusuzlukla ilişkili hiç sorun yaşanmadığını göstermektedir, "4" puan ise uykusuzlukla ilişkili haftada "5" kez ya da daha fazla sorun yaşandığını göstermektedir. İlk 4 soruda "hayır son dört hafta için değil" yanıtına "0" puan, "evet en az bir iki haftada bir kez" yanıtına "1" puan, "evet haftada bir ya da iki kez" yanıtına "2" puan, "evet haftada üç ya da dört kez" yanıtına "3" puan, "evet haftada beş ya da daha fazla" yanıtına da "4" puan verilmektedir. Beşinci soruda "çok deliksiz ya da dinlendirici" yanıtına "0" puan, "deliksiz ya da dinlendirici" yanıtına "1" puan, "orta kalitede" yanıtına "2" puan, "rahatsız" yanıtına "3" puan, "çok rahatsız" yanıtına da "4" puan verilmektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan uykusuzluk belirtilerinin en büyük derecesini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "20"dir (Levine ve ark 2003, Levine ve ark 2005). Bu ölçek Timur (2008) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır.

1.5.Menopozal Dönemde Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler

Menopozal dönemde kadının yaşam kalitesi ve psikolojik durumunu dolayısıyla da sağlığını etkileyen önemli belirtilerden birisi de uyku sorunlarıdır (Derman 2001). Menopozda uykusuzluk prevalansının arttığı bildirilmektedir (Krishnan ve Collop 2006). Geniş toplum katılımıyla polisomnografi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiş Wisconsin Uyku Kohort'u araştırmasında; perimenopozal ve postmenopozal dönemlerdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre uyku memnuniyetsizliklerinin iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Young ve ark 2003). Diğer taraftan perimenopoz ve postmenopozal dönemlerdeki kadınlarda, premenopozal dönemdeki kadınlara göre uyku sorunlarının %50-100

oranında arttığı bildirilmektedir (Moe 2005). Hachul ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları araştırmada; geç postmenopozal dönemde uyku sorunlarının daha çok yaşandığı saptanmıştır.

Polisomnografi ölçümlerine dayanan en sık rastlanan objektif bulgular; uykuya dalmada güçlük, kısa EEG uyanmalarının sayısında ve süresinde artışla birlikte gece uyanmalarından sonra yeniden uykuya dalmakta zorluk, REM uykusu ve toplam uyku süresinde azalmadır (Derman 2001). Polo-Kantola ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada; vazomotor semptomlarla ilgili subjektif uyku değerlendirmesinin polisomnografik uyku kayıtları kadar kesin olmadığı vurgulanmıştır.

Sıcak basmaları ve gece terlemeleri uykunun kalitesi ve dolayısıyla günlük yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Regestein 2006). Gece boyunca meydana gelen sıcak basmaları uyku bölünmelerine yol açmaktadır. Sıcak basmaları genellikle, ortalama saatte bir kez olmakta ve yaklaşık 3 dakika kadar uyku bölünmesine neden olmaktadır. Eğer uyku sırasında sıcak basması ve gece terlemeleri sonucunda meydana gelen uyanmalar birkaç dakikadan fazla sürmezse bunlar ertesi sabah ayrıntılı olarak hatırlanmayabilmektedir. Bu nedenle de kadınlar genel uyku kalitesinin ne kadar düştüğünü fark edememektedir. Ancak bölünmüş uyku sonucunda sabah kadınlar dinlenmemiş olarak uyanmaktadır (Derman 2001). Uyku bozuklukları ve kesintileri yüzünden kadınlar; gün içinde kendilerini halsiz, bitkin, huzursuz hissetmektedir. Ayrıca irritabilite, uykuya meyil, konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlıkta artış olmaktadır (Durmuşoğlu ve Erenus 2000, Derman 2001). Perimenopoz ve menopozdaki kadınların sıkça karşılaştıkları fizyolojik değişimler ve duygusal dalgalanmaların uyku rahatsızlıkları ile doğrudan sebep-sonuç ilişkilerini kanıtlamak zordur. Çünkü bu faktörlerin her ikisi de ayrı ayrı veya birlikte normal uykuyu etkilemektedir (Derman 2001).

Menopozla birlikte vazomotor semptomlara bağlı olmaksızın, östrojen ve progesteronun uykuyu etkilediği düşünülmektedir. Menopozda östrojen ve progesteron seviyesinin azalmasının, üst solunum yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azaltarak uyku apnesinde rol oynadığı tahmin edilmektedir (Derman 2001). Ayrıca östrojen seviyesinin düşük olmasına bağlı REM uykusunun azaldığı ve uykuya geçişin zorlaştığı ileri sürülmektedir (Durmuşoğlu ve Erenus 2000).

Araştırmaların sonuçlarına göre; HRT'nin sıcak basmalarının sıklığını ve gece terlemelerine bağlı uyanmaları azalttığı, sonuçta azalmış REM uykusunu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Thomson ve Oswald 1977, Scharf ve ark 1997). Montplaisir ve arkadaşları (2001) ve Gambacciani ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmalarda da HRT'nin uyku üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Düşük serum östrojen düzeyi, uykunun belli bir düzen içerisinde sürdürülmesini sağlayan serotonin metabolizmasını azaltarak uyku bozukluklarına yol açabilmektedir (Kravitz ve ark 2003).

Yaş durumu da uykuyu etkilemektedir. Yaş ilerledikçe uykunun süresi ve kalitesi azalmaktadır. Bu dönemde uykunun üçüncü ve dördüncü evresi azalmakta ve kısa aralıklarla uyanmalar meydana gelmektedir. Bu dönemde 5-7 saatlik uyku yeterlidir ( zkan 2008). Hsu ve Lin'in (2005) yaptığı araştırmada; uyku kalitesindeki değişiklerin depresyon ve yaşla ilişkisi olabileceği vurgulanmıştır.

1.6.Menopozal Dönemlerde Hemşirelik Yaklaşımı

Menopoz fizyolojik bir durum olmasına karşın, kadının yaşam kalitesini bozmakta patolojik olaylarla birlikte seyrettiği zaman, kadının yaşamını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu yüzden bu dönemin, sağlık çalışanları tarafından dikkatle ele alınması gerekmektedir (Timur 2008).

Hemşirelerin menopozal dönemdeki kadına yardım edebilmeleri için, bu dönemdeki değişiklikleri ve bu değişikliklerin yönetimini çok iyi bilmeleri gerekmektedir (Kharbouch ve şahin 2007). Menopozda sağlık bakımının planlanmasındaki ilk basamak durum saptamadır. Bu süreçte sağlık öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin sonuçları değerlendirilmektedir. Kadının kendisinde veya aile öyküsünde; hipertansiyon, meme veya uterus kanseri, trombofilebit, karaciğer veya safra kesesi hastalıkları, teşhis edilmemiş uterus kanamalarının olup olmadığına yönelik bilgiler toplanmaktadır. Ayrıca hemşirenin, kültürün menopozun algılanmasındaki etkisini bilmesi gerekmektedir (Taşkın 2005).

Hemşirenin, menopozal dönemdeki kadınla birlikte sağlık bakımını planlaması gerekmektedir. Menopozdaki bir kadın için hemşirenin genel hedefleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kadın menopoz ile ilgili fiziksel ve psikolojik değişiklikleri açıklayabilmeli,

- Menopoza ilişkin belirtiler kadının günlük yaşam aktivitelerini etkilememeli,
- Kadında osteoporoz gelişmesi önlenmeli veya en az düzeyde tutulmalı,
- Kadın ve ailesi bu dönemi, gelişimsel yaşam dönemlerinden biri olarak görebilmeli,
- Kadın menopoz ve tedavisi ile ilgili değişiklikleri rapor edebilmeli,
- Kadın sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilmeli,
- Kadın bakım planını uygulayabilmelidir (Taşkın 2005).

Menopozal dönem yalnız kadını etkilememekte, aileyi de etkilemektedir. Çünkü menopozal dönemlerdeki değişikliklerin kadınlar üzerindeki olumsuz etkisi, kadının ailesi ile olan ilişkisine ve aile düzenine yansımaktadır. Ebe ve hemşireler bu dönemdeki sorunları saptamalı, girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Ayrıca hemşireler yaptıkları danışmanlıklarla kadınları desteklemeli ve kadınlara yol göstermelidir (Işık ve Vural 2001, Yurdakul ve ark 2007).

Bu dönemde vazomotor değişikliklere bağlı semptomların giderilmesine yönelik girişimlerle uyku sorunları önenebilir. Bu girişimler şu şekilde özetlenebilir:

- Pamuklu giysiler tercih edilmelidir.
- Sıcak ortamlardan kaçınılmalı ve ortam ısısı ortalama 18 °C de tutulmaya çalışılmalıdır.
- Heyecan ve stresten mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.
- Baharatlı yiyecekler, kahve, çay ve alkol sıcak basmasını artıran faktörler olduğu için bu tür yiyeceklerden kaçınılmalıdır.
- Sıcak basmasına neden olan deneyimler kayıt edilmeli ve bunlardan uzak durulmalıdır.
- Solunum ve gevşeme teknikleri uygulanmalıdır.
- Sıcak basması sırasında ılık duş, vücudun belli yerlerine buz parçaları uygulamak rahatlatıcı olabilmektedir.

- Gece yatmadan önce sıcak banyodan kaçınılmalıdır. Çünkü bu durum sıcak basmasını artırmaktadır (Derman 2001, Taşkın 2005, Özkan 2008).

Uyku sorularına yönelik hemşirelik yaklaşımında ilk olarak, uykunun niteliği ve niceliği, uykuyu etkileyen faktörler hakkında bilgi toplanmalıdır (Keser Özcan 2008). Bilgi toplamak için şu soruların yanıtı aranabilir. Birey (Akdemir 2004, Keser Özcan 2008) ;

- Uyku sorununu nasıl tanımlıyor?
- Uyku örüntüsünde nasıl bir değişiklik var?
- Uyku örüntüsündeki değişiklik hangi sıklıkta oluyor?
- Uykuya dalmada bir sorun var mı?
- Geceleri uyku bölünmesi oluyor mu?
- Uyku bölünmeleri hangi sıklıkta oluyor?
- Sabahları erken uyanıyor mu ve yeniden uykuya dalmakta zorlanıyor mu?
- Sabahları uyandığında kendisini nasıl hissediyor?
- Alışılmışıdan daha fazla ya da daha az uyuyor mu?
- Uyku sorunları ile ilgili olarak neler hissediyor, bu durum bireyi nasıl etkiliyor?
- Bireyde sık esneme, yorgunluk, gözlerin altında koyu halkalar, ellerde titreme, endişe ve göz kapaklarında düşme var mı?
- Konsantrasyon güçlüğü oluyor mu?
- Gündüz uykuya meyil oluyor mu?
- Uyuyunca yorgunluk geçiyor mu?
- Uykuyu etkileyebilecek sağlık sorunları ya da ilaç kullanımı var mı?

Hemşire uyku bozukluğu ile ilgili verileri topladıktan sonra, bu verileri analiz etmeli, hemşirelik bakımını planlamalı, uygulamalı ve değerlendirmelidir. Hemşire

kişiy e etkili baş etme yöntemlerini öğretmeli, uyku hijyenine yönelik eğitimler vermeli ve uygulamalar konusunda kişiyi desteklemelidir (Akdemir 2004, Keser Özcan 2008).

Uyku hijyeni ile ilgili genel ilkeler şunlardır:

- Sabah uyanınca yataktan çıkılmalıdır. Çünkü dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozmaktadır.
- Hafta sonları da dahil olmak üzere her zaman aynı saatte uyuma ve uyanmaya özen gösterilmelidir. Çünkü bu durum, sirkadiyan siklusunun düzenli olarak çalışabilmesi için önemlidir.
- Uyuyabilmek için ilk seçenek ilaç olmamalıdır.
- Gündüzleri uyumaktan kaçınılmalıdır.
- Günlük aktiviteler artırılmalı, egzersizler düzenli olarak yapılmalıdır. Çünkü; egzersiz sırasında salgılanan serotonin bireyin dinlenmesini sağlayarak uykuya geçişi kolaylaştırır.
- Yatak odası sessiz ve loş olmalıdır.
- Akşam ağır ve yağlı yemek yemekten sakınılmalı, çok aç ya da tok yatılmamalıdır.
- Kafeinli, alkolü içecekler ile sigaradan uzak durulmalıdır.
- Ortam ısısı optimum düzeyde tutulmalıdır.
- Rahat, terletmeyen giysilerle uyunmalıdır.
- Uyumaya ilişkin aşırı bir çaba gösterilmemelidir. Uyku tutmazsa rahatlatıcı, fazla hareket gerektirmeyen bir uğraşta bulunulmalı ya da ılık bir duş alınmalıdır.
- Gece heyecan verici televizyon programları seyredilmemeli ya da bu tür kitaplar okunmamalıdır (Hotun Şahin 1998, Jones ve Czajkowski 2000, Özgen 2001).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla kesitsel türde yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Konya ili üç merkez ilçeden (Meram, Selçuklu, Karatay) oluşmaktadır. Konya İl Sağlık Müdürlüğü ile yapılan görüşmelerde sosyodemografik açıdan heterojen bir grup oluşturulabilmesi ve verilerin Konya'yı temsil edebilmesi için üç merkez ilçeden birer sağlık ocağı seçilmiştir. Araştırma Konya ili merkez Meram ilçesine bağlı 10, Karatay ilçesine bağlı 15 ve Selçuklu ilçesine bağlı 17 nolu Sağlık Ocağı bölgelerinde yapılmıştır. Araştırma için bu bölgelerdeki sağlık ocaklarının seçilmesinin iki nedeni vardır. Birincisi, bu bölgelerde sağlık ocağı tarafından ev ziyaretlerinin düzenli olarak yapılması ve kayıtların düzenli olmasıdır. İkincisi ise araştırma süresinin kısıtlı olmasından dolayı ulaşımı kolay sağlık ocaklarının seçilmesidir. Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2008 yılı verilerine göre; Konya ili 45-59 yaş arası toplam kadın nüfusu 144 909'dur.

2.3.Araştırmanın Evreni

Konya İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şube Müdürlüğü'nden alınan bilgilere göre; araştırmanın evrenini 45–59 yaş arası Meram ilçesine bağlı 10 nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 2655, Karatay ilçesine bağlı 15 nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 693 ve Selçuklu ilçesine bağlı 17 nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 1832, toplam 5180 kadın oluşturmuştur. Bu yaş grubu seçilirken Türkiye'deki kadınların ortalama menopoza girme yaşı (47 yaş) (Ertüngealp 2003) dikkate alınmıştır.

2.4.Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde “Estimating a population proportion with specified absolute precision” önerilen (Lwanga ve Lemeshow 1991) bir tablodan yararlanılmıştır. Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunlarının yaygınlığına

(%54) ilişkin Timur'un (2008) 45-59 yaş arasındaki kadınlar üzerinde yaptığı araştırmanın bulgusundan yararlanılmıştır.

Buna göre, %95 güven düzeyinde, %5 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 380 olduğu bulunmuştur. Ayrıca orantılı seçim yöntemiyle sağlık ocaklarından örnekleme alınacak kadın sayısı; Konya merkez Meram ilçesine bağlı 10 nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 195, Karatay ilçesine bağlı 15 nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 51, Selçuklu ilçesine bağlı 17 nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 134 olarak belirlenmiştir. Orantılı örneklem seçimi yönteminde aşağıdaki formül kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002).

Konya merkez Meram ilçesine bağlı 10 nolu Sağlık Ocağı bölgesinden orantılı seçim yöntemi:

$$N_i/N = a_i \text{ ve } a_i \times n = n_1$$

$$2655/5180 = 0,51... \quad 0,51... \times 380 = 195$$

Konya merkez Karatay ilçesine bağlı 15 nolu Sağlık Ocağı bölgesinden orantılı seçim yöntemi:

$$N_i/N = a_i \text{ ve } a_i \times n = n_1$$

$$693/5180 = 0,13... \quad 0,13... \times 380 = 51$$

Konya merkez Selçuklu ilçesine bağlı 17 nolu Sağlık Ocağı bölgesinden orantılı seçim yöntemi:

$$N_i/N = a_i \text{ ve } a_i \times n = n_1$$

$$1832/5180 = 0,353... \quad 0,353... \times 380 = 134$$

2.5.Örnek Seçimi

Örnek seçiminde; 45-59 yaş arasındaki kadınlara ait ETF (Ev Halkı Tespit Fişi) kayıtlarından yararlanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

2.6.Örnek Seçim Kriterleri

Örnek seçiminde;

- 45-59 yaş grubunda olmak,
- Premenopozal, perimenopozal veya postmenopozal dönemde olmak,
- HRT almıyor olmak,
- Cerrahi menopoza girmemiş olmak dikkate alınmıştır.

2.7.Veriler Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında anket formu (Ek-A) ve Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği (Ek-B) kullanılmıştır.

2.7.1.Anket Formu (Ek-A)

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (Owens ve Matthews 1998, Çakırcalı 2000, Regestein ve ark 2004, Hsu ve Lin 2005, Chung ve Tang 2006, Atasü ve Güreli 2007, Keser Özcan 2008, Timur 2008, Ensrud ve ark 2009, Hachul ve ark 2009) bir anket formu oluşturulmuştur. Anket formu; sosyo-demografik özelliklerle ilgili yedi, obstetrik özelliklerle ilgili üç, menopoza öyküsüyle ilgili iki, uyku kalitesini etkileyebilecek özelliklerle ilgili bir, uyku durumunun değerlendirilmesi ile ilgili sekiz soru olmak üzere toplam yirmi bir sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özelliklerle ilgili sorular; yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, aylık gelir ve algılanan gelir durumu ve BKİ (beden kitle indeksi)'dir. Obstetrik özelliklerle ilgili sorular; gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısıdır. Menopoz öyküsü ile ilgili sorular; son adet tarihi ve adet görme durumudur. Uyku kalitesini etkileyebilecek özelliklerle ilgili sorular; ateş basması ve gece terlemesi yaşama, sigara ve alkol kullanımı, çay ve kahve tüketimi, stres, düzenli egzersiz yapma, sürekli kullanılan ilaç, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, horlama, günlük yapılan işlerin yorucu olması, oturulan bölgede gürültüden rahatsız olma ve yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olması durumudur. Uyku durumunun değerlendirilmesi ile ilgili sorular; dört hafta içinde ortalama uyku süresi, şimdiki

uyku ile geçmişteki uyku arasındaki fark, uykusuzluk sorunu, uykusuzluğun ne zamandan beri olduğu, uykusuzluğa bağlı kişinin gün içerisinde kendisini nasıl hissettiği, uykusuzluk sorununa yönelik yapılan uygulamalar, gündüzleri uyuma durumu ve gün içinde uykusuz hissetme durumudur.

2.7.2.Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği-KSİÜÖ (Ek-B)

KSİÜÖ, Levine ve arkadaşları (2003) tarafından uykusuzluk semptomlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek Timur tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Timur iç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısını 0,8608 ve test-tekrar test korelasyon katsayısını 0,745 bulmuştur. Timur tarafından; KSİÜÖ'nin puan ortalaması, standart sapması, medianı ve uykusuzluk problemi olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları dikkate alınarak kesme puanı oluşturulmuştur. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda KSİÜÖ kesme puanı 10 puan ve üzeri kabul edilmiştir (Timur 2008). KSİÜÖ 5 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki ilk dört soru uykusuzluğun başlayışı, uykuyu sürdürmemeye ve sabahları erken uyanma durumunu belirtmektedir. Son soru ise uyku kalitesi ile ilişkilidir. Her bir soruya verilen yanıt son dört haftada ve her haftadaki sıklık düşünülerek bireyin deneyimlerine göre cevaplanmaktadır. KSİÜÖ'de her bir maddeye "0-4" arasında puan verilmektedir. İlk dört soruda "0" puan uykusuzlukla ilişkili hiç sorun yaşanmadığını göstermektedir, "4" puan ise uykusuzlukla ilişkili haftada 5 kez ya da daha fazla sorun yaşandığını göstermektedir. İlk 4 soruda "hayır son dört hafta için değil" yanıtına "0" puan, "evet en az bir iki haftada bir kez" yanıtına "1" puan, "evet haftada bir ya da iki kez" yanıtına "2" puan, "evet haftada üç ya da dört kez" yanıtına "3" puan, "evet haftada beş ya da daha fazla" yanıtına da "4" puan verilmektedir. Beşinci soruda "çok deliksiz ya da dinlendirici" yanıtına "0" puan, "deliksiz ya da dinlendirici" yanıtına "1" puan, "orta kalitede" yanıtına "2" puan, "rahatsız" yanıtına "3" puan, "çok rahatsız" yanıtına da "4" puan verilmektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan uykusuzluk belirtilerinin en büyük derecesini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "20"dir (Levine ve ark 2003, Levine ve ark 2005). Bu çalışmada ise iç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

2.8.Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü mahalle dışında bir mahallede ETF kayıtlarından seçilen 45-59 yaş arasındaki 10 kadına ev ortamında yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda anket formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüştür.

2.9.Verilerin Toplanması

Veriler 1 Ocak – 28 Şubat 2010 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Selçuklu bölgesi 17 nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı 2 kadın, Meram bölgesi 10 nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı 11 kadın ve Karatay bölgesi 15 nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı 2 kadının araştırma kriterlerine uymaması ve Meram bölgesi 10 nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı 3 kadının araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve 2 kadının vefat etmesinden dolayı Meram bölgesi 10 nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı 16, Selçuklu bölgesi 17 nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı 2 ve Karatay bölgesi 15 nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı 2 kadın aynı bölgeden oluşturulan yedeklerden seçilmiştir.

2.10.Değişkenler

2.10.1. Bağımlı Değişkenler

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği Puan Ortalaması.

2.10.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş,
- Medeni durum,
- Meslek,
- Öğrenim düzeyi,
- Gelir durumu,

- Algılanan gelir durumu,
- BKİ,
- Obstetrik özellikler (gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı),
- Menopozal dönem (premenopoz, perimenopoz, postmenopoz),
- Uyku kalitesini etkileyebilecek özellikler (ateş basması, gece terlemesi, sigara ve alkol kullanımı, çay ve kahve tüketimi, stres, düzenli egzersiz yapma, sürekli kullanılan ilaç, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, horlama, günlük yapılan işlerin yorucu olması, oturlan bölgede gürültüden rahatsız olma, yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olması).

2.11.Terminoloji Tanımlaması

Premenopoz: Klimakteriyumun ilk fazı olup, menopoz öncesi bir- iki yıllık dönemi kapsar. Bu faz; düzensiz menstrual siklus, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklarla karakterizedir (Judd 1994, WHO 1996, Taşkın 2005, Gezer ve ark 2006, Özkan 2008).

Menopoz: Ovaryum aktivitesinin kaybı sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (WHO 1996). Menopoz, Yunanca men (ay) ve pausis (durma) sözcüklerinden türer. Kadın bu dönemde bir yıl süreyle adet görmemişse, kadının gördüğü son adete “menopoz” denir (Atasü ve Gezer 2001, Selam ve Topçuoğlu 2004, Gezer ve ark 2006, Atasü ve Güreli 2007, Nowakowski ve ark 2009).

Perimenopoz: Perimenopoz DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)’nün tanımına göre; menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi içine alan dönemdir (WHO 1996).

Postmenopoz: Menopozu izleyen dönemi kapsar. Yani menopozdan yaşlılık dönemine (65 yaş) kadar geçen süredir (Sinclair 2004, Taşkın 2005, Gezer ve ark 2006).

Uykusuzluk: Uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve uykuyu sonlandırmada güçlük yaşanması ya da uyumaya karşın bireyin kendisini uyumuş ve dinlenmiş olarak hissetmemesidir (Çakırcalı 2000, Özgen 2001, Akdemir 2004, Keser Özcan 2008).

2.12.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 11.0 paket programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uymadığı Lilliefors'lu Kolmogorov-Smirnov testi, Histogram grafiği ve normal dağılım eğrisi, Skewness ve Kurtosis ile saptanmıştır ve veriler bu doğrultuda analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Pearson ve Spearman Korelasyon Analizi ve menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunlarındaki risk faktörlerini belirlemek amacıyla Çoklu Regresyon Analizi yapılmıştır. Çoklu Regresyon Analizi'nde Backward Stepwise Modeli kullanılmıştır. Modele alım kriteri 0,05 ve model dışı kalma kriteri 0,10 olarak alınmıştır.

2.13.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bilgiler araştırmanın yapıldığı sağlık ocakları bölgesinde 45-59 yaş arasındaki doğal olarak menopoza girmiş ve HRT almayan kadınlar için geçerlidir. Menopozal dönemlerdeki uyku sorunları ve ilişkili faktörlere yönelik elde edilen bilgiler kadınların öz bildirimine dayalıdır. Cerrahi menopoza girmiş ve HRT alan kadınların araştırma kapsamına dahil edilmemesi, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

2.14.Araştırmanın Güçlü Yönü

Araştırma, olasılıklı örnekleme yöntemiyle oluşturulduğu için topluma genellenebilir.

2.15.Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Bu çalışma, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın soruları şunlardır;

- 1- Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorununun düzeyi nedir?
- 2- Uyku sorunu yaşama premenopoz, perimenopoz ve postmenopozal dönemlere göre farklılık göstermekte midir?
- 3- Hangi değişkenler menopozal dönemlerdeki uyku sorunlarını etkilemektedir?
- 4- Menopozal dönemlerdeki uyku sorunlarına neden olabilecek risk faktörleri nelerdir?

2.16.Araştırmanın Varsayımları

Örnek grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2.17.Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce, Konya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Eğitim Şube Müdürlüğü) (Ek-C) ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Konya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (30.09.2009 tarihindeki 2009/002 kararı ile) (Ek-D) gerekli izinler alınmıştır. Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Timur'dan yazılı izin alınmıştır (Ek-E). Anket formu ve KSİÜÖ'ü doldurulmadan önce bireylere bilgilendirilmiş onam formu okunarak bireylerin sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler kısaca açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir (Bayık 2004).

2.17.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı: Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler

Bu araştırma, yüksek lisans tezi için planlanmıştır. Araştırmada sizlere araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu ve “Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği” uygulanacaktır. Bu araştırmanın bir yıl içinde bitirilmesi planlanmaktadır. Bu çalışma, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır. Araştırma; Konya merkez Meram ilçesine bağlı 10 nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesi, Konya merkez Karatay ilçesine bağlı 15 nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesi ve Konya merkez Selçuklu ilçesine bağlı 17 nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde yapılacaktır. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Araştırmaya katılırsanız sizden bir anket formu ve “Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği”ni doldurmanız istenecektir. Bu anket ve ölçek yardımıyla menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörler incelenecektir. Bu araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir. Bu bilgiler, Yükseköğretim Kurumu’na iletilecektir.

Yukarıdaki metni okudum. Araştırmayla ilgili bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı -Soyadı (Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır).

3.BULGULAR

Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bilgiler ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular üç ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

- 3.1. Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- 3.2. Kadınların KSIÜÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özellik, menopoz durumu, uyku kalitesini etkileyebilecek özellikler ve uyku durumuna göre dağılımına ilişkin bulgular,
- 3.3. Kadınlarda uykusuzluk sorununu etkileyen belirleyicilerin ileri analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.1.Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, menopoz durumuna ilişkin tanıtıcı bulguları, uyku kalitesini etkileyebilecek özellikler ve uyku durumuna ilişkin bulguları ve KSİÜÖ puanları ile ilgili bulguları yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.

Sosyo-Demografik Özellikler (n=380)	Ortalama	SS
Yaş	51,98	3,96
Boy (m)	1,60	0,05
Kilo (kg)	75,27	10,04
BKİ (kg/boy-m ²)	29,33	3,87
Aylık Gelir	1089,42	647,62
	Sayı	%
Yaş		
45-49 yaş	128	33,7
50 yaş ve üzeri	252	66,3
Algılanan Gelir Durumu		
İyi	118	31,1
Orta	142	37,4
Kötü	120	31,6
Kadının Medeni Durumu		
Evli	352	92,6
Diğer *	28	7,4
Kadının Öğrenim Düzeyi		
Okur-yazar Değil	30	7,9
Okur-yazar / İlkokul	255	67,1
Ortaokul	31	8,2
Lise ve Üzeri	64	16,8
Kadının Mesleği		
Çalışıyor	26	6,8
Çalışmıyor	354	93,2
Toplam	380	100

*Bekar / eşi ölmüş / boşanmış / ayrı yaşıyor.

Çalışma kapsamına alınan 380 kadının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1’de gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının 51,98±3,96 olduğu ve kadınların %66,3’ünün 50 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadınların boy uzunluğu ortalaması 1,60±0,05 m, kilo ortalaması 75,27±10,04 kg ve BKİ ortalaması 29,33±3,87 kg/boy-m² olarak bulunmuştur. Kadınların aylık gelir ortalamasının 1089,42±647,62 olduğu, kadınların %37,4’ünün aylık gelirlerini orta olarak algıladıkları görülmüştür. Kadınların %92,6’sının evli, %67,1’inin okur-yazar / ilkokul mezunu olduğu ve %93,2’sinin çalışmadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.2. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı.

Obstetrik Özellikler (n=380)	Ortalama	SS
Gebelik Sayısı	3,94	1,79
Doğum Sayısı	3,27	1,39
Yaşayan Çocuk Sayısı	3,01	1,13

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.2’de verilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalamasının $3,94 \pm 1,79$, doğum sayısı ortalamasının $3,27 \pm 1,39$ ve yaşayan çocuk sayısı ortalamasının $3,01 \pm 1,13$ olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.3. Kadınların menopoz durumunun dağılımı.

Menopoz Durumu (n=380)	Ortalama	SS
En Son Görülen Adet Zamanı (ay olarak)	36,85	39,60
Menopozal Dönem (n=380)	Sayı	%
Premenopoz	114	30,0
Perimenopoz	75	19,7
Postmenopoz	191	50,3
Toplam	380	100

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoz durumunun dağılımı çizelge 3.3’te verilmiştir. Kadınların en son gördükleri adet zamanı ortalamasının $36,85 \pm 39,60$ ay olduğu ve kadınların %50,3’ünün postmenopozal dönemde olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.4. Kadınların uyku kalitesini etkileyebilecek özelliklerin dağılımı.

Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikler (n=380)	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)
Ateş Basması Yaşama	275 (72,4)	105 (27,6)
Gece Terlemeleri Yaşama	219 (57,6)	161 (42,4)
Sigara Kullanma	20 (5,3)	360 (94,7)
Kahve Tüketimi	88 (23,2)	292 (76,8)
Çay Tüketimi	350 (92,1)	30 (7,9)
Stres Yaşama	337 (88,7)	43 (11,3)
Düzenli Egzersiz Yapma	93 (24,5)	287 (75,5)
Sürekli Kullanılan İlaç	173 (45,5)	207 (54,5)
Son Dört Hafta İçinde Herhangi Bir Sağlık Sorunu Yaşama	69 (18,2)	311 (81,8)
Kronik Hastalık Öyküsü	179 (47,1)	201 (52,9)
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	57 (15)	323 (85)
Horlama	174 (45,8)	206 (54,2)
Günlük Yapılan İşlerin Yorucu Olması	107 (28,2)	273 (71,8)
Oturulan Bölgede Gürültüden Rahatsız Olma	58 (15,3)	322 (84,7)
Yatak Odası Isısının Çok Sıcak ya da Soğuk Olması	130 (34,2)	250 (65,8)

Kadınların uyku kalitesini etkileyebilecek özelliklerinin dağılımı çizelge 3.4'te yer almaktadır. Kadınların %72,4'ünün ateş basması ve %57,6'sının gece terlemeleri yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %5,3'ünün sigara kullandığı, %23,2'sinin kahve ve %92,1'inin çay tükettiği, %88,7'sinin stres yaşadığı ve %75,5'inin düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Kadınların %45,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %18,2'sinin son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı, %47,1'inin kronik hastalık, %15'inin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu ve %45,8'inin horladığı saptanmıştır. Kadınların %28,2'sinin günlük yaptıkları işlerinin yorucu olduğu, %15,3'ünün oturulan bölgede gürültüden rahatsız olduğu ve %34,2'sinin yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Çizelge 3.5. Kadınların uyku özelliklerinin dağılımı.

Uyku Özellikleri	Ortalama	SS
Son Dört Hafta İçindeki Yaklaşık Uyku Süresi-Saat/Gün (n=380)	6,51	1,42
Gündüz Yaklaşık Uyku Süresi-Dakika (n=115)*	37,86	19,68
	Sayı	%
Gündüzleri Uyuma Durumu (n=380)		
Evet	115	30,3
Hayır	265	69,7
Gündüzleri Uyuma Sıklığı (n=115)*		
Her gün	43	37,4
Haftada Bir Kez	40	34,8
Haftada İki ve İki'den Fazla	32	27,8
Şimdiki Uyku ile Geçmişteki Uyku Arasındaki Farkın Varlığı (n=380)		
Evet	230	60,5
Hayır	150	39,5

*Yalnızca gündüzleri uyuma sorusuna evet yanıtını verenlere sorulmuştur.

Kadınların uyku özelliklerinin dağılımı çizelge 3.5'te verilmiştir. Kadınların son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi ortalamasının $6,51 \pm 1,42$ saat ve gündüz yaklaşık uyku süresi ortalamasının $37,86 \pm 19,68$ dakika olduğu saptanmıştır. Kadınların %30,3'ünün gündüzleri uyuduğu ve %37,4'ünün gündüzleri her gün uyuduğu, %60,5'inin şimdiki uykusu ile geçmişteki uykusu arasında fark olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.6. Kadınların uykusuzluk ve uykusuzlukla ilişkili özelliklerinin dağılımı.

Uykusuzluk Özellikleri	Ortalama	SS
Uykusuzluk Sorununun Süresi (ay olarak) (n=206)*	39,18	41,18
	Sayı	%
Uykusuzluk Sorunu Yaşama (n=380)		
Evet	206	54,2
Hayır	174	45,8
Gün İçinde Uykusuz Hissetme Sıklığı (n=206)*		
Her gün	50	24,3
Haftada Bir Kez	42	20,4
Haftada İki ve İki'den Fazla	114	55,3
Uykusuzluğa Bağlı Kadının Gün İçinde Kendini Nasıl Hissettiği (n=206)*		
Gergin ve Sinirli		
Evet	155	75,2
Hayır	51	24,8
Huzursuz		
Evet	167	81,1
Hayır	39	18,9
Yorgun/ Halsiz		
Evet	201	97,6
Hayır	5	2,4
Algılama Güçlüğü Yaşama		
Evet	167	81,1
Hayır	39	18,9
Gün İçinde Uykuya Meyil		
Evet	150	72,8
Hayır	56	27,2
Baş Ağrısı / Baş Dönmesi		
Evet	25	12,1
Hayır	181	87,9

*Yalnızca uykusuzluk sorunu olan kadınlar yanıtlamıştır.

Kadınların uykusuzluk ve uykusuzlukla ilişkili özelliklerinin dağılımı çizelge 3.6'da verilmiştir. Kadınların ortalama $39,18 \pm 41,18$ aydır uykusuzluk sorunu yaşadığı, %54,2'sinin uykusuzluk sorunu olduğu ve %55,3'ünün haftada iki ve ikiden fazla sıklıkta gün içinde kendini uykusuz hissettiği saptanmıştır. Kadınların uykusuzluğa bağlı gün içinde kendini %75,2'sinin gergin ve sinirli, %81,1'inin huzursuz, %97,6'sının yorgun ve halsiz hissettiği, %81,1'inin algılama güçlüğü yaşadığı, %72,8'inin gün içinde uykuya meyilli olduğu ve %12,1'inin baş ağrısı ve baş dönmesi yaşadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.7. Kadınların uykusuzluk sorununa yönelik yaptığı uygulamaların dağılımı.

	Sayı	%
Uykusuzluk Sorununu Gidermek İçin Herhangi Bir Şey Yapma (n=206)*		
Evet	133	64,6
Hayır	73	35,4
Uykusuzluk Sorununu Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar (n=133)**		
Sessiz ve Loş Bir Odaya Geçme		
Evet	70	52,6
Hayır	63	47,4
Ilık ya da Serin Bir Odaya Geçme		
Evet	69	51,9
Hayır	64	48,1
Rahat ve Terletmeyen Kıyafetler Giyme		
Evet	75	56,4
Hayır	58	43,6
Fazla Hareket Gerektirmeyen Bir Uğraşta Bulunma		
Evet	83	62,4
Hayır	50	37,6
Süt İçme /Yoğurt Yeme		
Evet	89	66,9
Hayır	44	33,1
Ilık Bir Banyo Yapma		
Evet	80	60,2
Hayır	53	39,8
İlaç Alma		
Evet	36	27,1
Hayır	97	72,9
Akupunktur Yaptırma		
Evet	3	2,3
Hayır	130	97,7
Bitki ÇaylarıTüketme		
Evet	46	34,6
Hayır	87	65,4

*Yalnızca uykusuzluk sorunu olan kadınlar yanıtlamıştır.

**Yalnızca uykusuzluk sorununu gidermek için herhangi bir şey yapma sorusuna evet yanıtını veren kadınlar yanıtlamıştır.

Kadınların uykusuzluk sorununa yönelik yaptığı uygulamaların dağılımı çizelge 3.7’de verilmiştir. Kadınların %64,6’sının uykusuzluk sorununu gidermek için herhangi bir uygulama yaptığı belirlenmiştir. Kadınların uykusuzluk sorununu gidermek için %52,6’sının sessiz ve loş bir odaya geçtiği, %51,9’unun ılık ve serin bir odaya geçtiği, %56,4’ünün rahat ve terletmeyen kıyafetler giydiği, %62,4’ünün fazla hareket gerektirmeyen bir uğraşta bulunduğu, %66,9’unun süt içtiği / yoğurt

yediği, %60,2'sinin ılık bir banyo yaptığı, %27,1'inin ilaç aldığı, %2,3'ünün akupunktur yaptırdığı ve %34,6'sının bitki çayları tükettiği saptanmıştır.

Çizelge 3.8. Kadınların KSİÜÖ puanları ve puan ortalamalarının dağılımı.

KSİÜÖ (n=380)	Ortalama	SS
KSİÜÖ puan ortalaması	9,38	6,98
KSİÜÖ puanları	Sayı	%
Var (10 puan ve üzeri)	195	51,3
Yok (9 puan ve altı)	185	48,7
Toplam	380	100

* Timur tarafından yapılan istatistiksel analizler sonucunda KSİÜÖ kesme puanı 10 puan ve üzeri kabul edilmiştir.

Kadınların KSİÜÖ puanları ve puan ortalamalarının dağılımı çizelge 3.8'de yer almaktadır. Kadınların KSİÜÖ puan ortalaması $9,38 \pm 6,98$ olarak bulunmuştur. KSİÜÖ kesme puanına göre (10 puan ve üzeri) kadınların %51,3'ünde uykusuzluk sorununun olduğu saptanmıştır.

3.2.Kadınların KSİÜÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellik, Menopoz Durumu, Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikler ve Uyku Durumuna Göre Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özellik, menopoz durumu, uyku kalitesini etkileyebilecek özellikler ve uyku durumuna göre dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.9. Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyo-Demografik Özellikler (n=380)	KSİÜÖ Puanı $\bar{X} \pm SD$	Önemlilik Testi
Yaş		
45-49 yaş	6,82±6,43	$z=-5,352$
50 yaş ve üzeri	10,69±6,90	$p=0,000$
Algılanan Gelir Durumu		
İyi	7,98±7,17*	$KW=8,264$
Orta	9,76±6,84	$p=0,016$
Kötü	10,32±6,79	
Kadının Medeni Durumu		
Evli	9,38±6,97	$z=-0,193$
Diğer**	9,50±7,22	$p=0,847$
Kadının Öğrenim Düzeyi		
Okur-yazar Değil	12,2±6,35	$KW=21,730$
Okur-yazar / İlkokul	9,84±6,98	$p=0,000$
Ortaokul	9,67±6,81	
Lise ve Üzeri	6,12±6,36*	
Kadının Mesleği		
Çalışıyor	6,88±5,92	$z=-1,958$
Çalışmıyor	9,57±7,02	$p=0,050$

*Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile yapılan incelemede fark oluşturan grup.

**Bekar / eşi ölmüş / boşanmış / ayrı yaşıyor.

KW: Kruskal-Wallis Varyans analizi.

z: Mann Whitney U testi.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.9'da yer almaktadır. KSİÜÖ puan ortalamasının 45-49 yaş arası kadınlarda 6,82±6,43, 50 yaş ve üzeri kadınlarda 10,69±6,90 olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Gelirini iyi olarak algılayan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması 7,98±7,17, orta olarak algılayan kadınların 9,76±6,84 ve kötü olarak algılayan kadınların 10,32±6,79 olarak bulunmuştur. Kadınların gelir algısı ile KSİÜÖ puan ortalamaları

arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumu algısı iyi olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Okur-yazar olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,2\pm6,35$, okur-yazar / ilköğretim mezunu olan kadınların $9,84\pm6,98$, ortaokul mezunu olan kadınların $9,67\pm6,81$ ve lise ve üzeri öğrenim düzeyi olan kadınların ise $6,12\pm6,36$ olduğu saptanmıştır. Kadınların öğrenim düzeyi ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrenim düzeyi lise ve üzeri olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Kadınların mesleği ve medeni durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p\geq0,05$).

Çizelge 3.10. Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının menopozal döneme göre dağılımı.

Menopozal Dönem (n=380)	KSİÜÖ Puanı $\bar{X} \pm SD$	Önemlilik Testi
Premenopoz	$6,06\pm6,15^*$	KW=41,607 p=0,000
Perimenopoz	$9,92\pm6,51$	
Postmenopoz	$11,16\pm6,95$	

*Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile yapılan incelemede fark oluşturan grup.
KW: Kruskal-Wallis Varyans analizi.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının menopozal döneme göre dağılımı çizelge 3.10'da yer almaktadır. Premenopozal dönemdeki kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $6,06\pm6,15$, perimenopozal dönemdeki kadınların $9,92\pm6,51$ ve postmenopozal dönemdeki kadınların $11,16\pm6,95$ olduğu bulunmuştur. Kadınların menopoz durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan istatistiksel analizde farklılığın premenopozal ile perimenopozal ve premenopozal ile postmenopozal dönemdeki kadınlar arasında olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.11. Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku kalitesini etkileyebilecek özelliklere göre dağılımı.

Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikler (n=380)	KSİÜÖ Puanı X ± SD	Önemlilik Testi
Ateş Basması Yaşama		
Evet	10,90±6,84	z=-6,787
Hayır	5,41±5,69	p=0,000
Gece Terlemeleri Yaşama		
Evet	12,72±6,10	z=-11,047
Hayır	4,85±5,37	p=0,000
Sigara Kullanma		
Evet	9,85±7,24	z=-0,304
Hayır	9,36±6,97	p=0,761
Kahve Tüketimi		
Evet	9,11±7,15	z=-0,512
Hayır	9,47±6,94	p=0,609
Çay Tüketimi		
Evet	9,36±6,99	z=-0,405
Hayır	9,66±6,97	p=0,685
Stres Yaşama		
Evet	9,97±6,97	z=-4,545
Hayır	4,76±5,18	p=0,000
Düzenli Egzersiz Yapma		
Evet	8,68±7,30	z=-1,344
Hayır	9,61±6,87	p=0,179
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	12,47±6,53	z=-8,050
Hayır	6,80±6,27	p=0,000
Son Dört Hafta İçinde Herhangi Bir Sağlık Sorunu Yaşama		
Evet	12,26±6,31	z=-4,063
Hayır	8,75±6,97	p=0,000
Kronik Hastalık Öyküsü		
Evet	12,19±6,63	z=-7,538
Hayır	6,89±6,31	p=0,000
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Evet	15,00±5,69	z=-6,493
Hayır	8,39±6,72	p=0,000
Horlama		
Evet	12,16±6,45	z=-7,335
Hayır	7,04±6,55	p=0,000
Günlük Yapılan İşlerin Yorucu Olması		
Evet	13,58±5,84	z=-7,399
Hayır	7,74±6,70	p=0,000
Oturulan Bölgede Gürültüden Rahatsız Olma		
Evet	13,77±6,16	z=-5,172
Hayır	8,59±6,83	p=0,000
Yatak Odası Isısının Çok Sıcak ya da Soğuk Olması		
Evet	14,14±6,04	z=-9,433
Hayır	6,91±6,11	p=0,000

z: Mann Whitney U testi.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku kalitesini etkileyebilecek özelliklere göre dağılımı çizelge 3.11’de yer almaktadır. Kadınların sigara kullanma, düzenli egzersiz yapma, kahve ve çay tüketimi ile KSİÜÖ puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p \geq 0,05$).

Ateş basması yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $10,90 \pm 6,84$ ve ateş basması yaşamayan kadınların puan ortalamasının $5,41 \pm 5,69$ olduğu, yapılan istatistiksel analiz sonucu ateş basması yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Gece terlemeleri yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,72 \pm 6,10$ ve gece terlemeleri yaşamayan kadınların puan ortalamasının $4,85 \pm 5,37$ olduğu, yapılan istatistiksel analiz sonucu gece terlemeleri yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Stres yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $9,97 \pm 6,97$ ve stres yaşamayan kadınların puan ortalamasının $4,76 \pm 5,18$ olduğu, yapılan istatistiksel analiz sonucu stres yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Sürekli ilaç kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,47 \pm 6,53$ ve sürekli ilaç kullanmayan kadınların puan ortalamasının $6,80 \pm 6,27$ olduğu, yapılan istatistiksel analiz sonucu sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,26 \pm 6,31$ ve son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamayan kadınların puan ortalamasının $8,75 \pm 6,97$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucu son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Kronik hastalığı olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,19 \pm 6,63$ ve kronik hastalığı olmayan kadınların puan ortalamasının $6,89 \pm 6,31$ olduğu

bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucu kronik hastalığı olan ve olmayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınların KSIÜÖ puan ortalamasının $15,00\pm5,69$ ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan kadınların puan ortalamasının $8,39\pm6,72$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucu psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Horlama sorunu olan kadınların KSIÜÖ puan ortalamasının $12,16\pm6,45$ ve horlama sorunu olmayan kadınların puan ortalamasının $7,04\pm6,55$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucu horlama sorunu olan ve olmayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Günlük yaptıkları işleri yorucu bulan kadınların KSIÜÖ puan ortalamasının $13,58\pm5,84$ ve günlük yaptıkları işleri yorucu bulmayan kadınların puan ortalamasının $7,74\pm6,70$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucu günlük yaptıkları işleri yorucu bulan ve bulmayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Oturulan bölgede gürültüden rahatsız olan kadınların KSIÜÖ puan ortalamasının $13,77\pm6,16$ ve oturulan bölgede gürültüden rahatsız olmayan kadınların puan ortalamasının $8,59\pm6,83$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucu oturulan bölgede gürültüden rahatsız olan ve olmayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendiren kadınların KSIÜÖ puan ortalamasının $14,14\pm6,04$ ve yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendirmeyen kadınların puan ortalamasının $6,91\pm6,11$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucu yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendiren ve nitelendirmeyen kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 3.12. Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku özelliklerine göre dağılımı.

Uyku Özellikleri (n=380)	KSİÜÖ Puanı $\bar{X} \pm SD$	Önemlilik Testi
Gündüzleri Uyuma Durumu		
Evet	9,70±7,19	z=-0,603
Hayır	9,25±6,89	p=0,547
Şimdiki Uyku ile Geçmişteki Uyku Arasındaki Farkın Varlığı		
Evet	13,77±5,31	z=-15,023
Hayır	2,66±2,32	p=0,000
Uykusuzluk Sorunu Yaşama		
Evet	15,04±4,03	z=-16,826
Hayır	2,69±2,10	p=0,000

z: Mann Whitney U testi.

Kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.12’de yer almaktadır. Kadınların gündüzleri uyuma durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p \geq 0,05$).

Şimdiki uykusu ile geçmişteki uykusu arasında fark olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının 13,77±5,31 ve fark olmayan kadınların puan ortalamasının 2,66±2,32 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu şimdiki uykusu ile geçmişteki uykusu arasında fark olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Uykusuzluk sorunu yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının 15,04±4,03 ve uykusuzluk sorunu yaşamayan kadınların puan ortalamasının 2,69±2,10 olduğu, yapılan istatistiksel analiz sonucu uykusuzluk sorunu yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Çizelge 3.13. Kadınların KSIÜÖ puanına göre bazı sosyo-demografik özellik, menopoz durumu ve uyku özellikleri ortalamalarının korelasyon analizi ile değerlendirilmesi.

KSIÜÖ		
Sosyo-Demografik Özellik (n=380)	r_s^*	p
BKİ	0,169	0,001
Menopoz Durumu (n=380)		
En Son Görülen Adet Zamanı (ay olarak)	0,318	0,000
Uyku Özellikleri (n=380)	r^{**}	p
Son Dört Hafta İçindeki Yaklaşık Uyku Süresi-Saat/Gün	-0,753	0,000

* r_s : spearman korelasyon kat sayısı.

** r : pearson korelasyon kat sayısı.

Kadınların KSIÜÖ puanına göre bazı sosyo-demografik, menopoz durumu ve uyku özellikleri ortalamalarının korelasyon analizi ile değerlendirilmesi çizelge 3.13'te yer almaktadır. Kadınların KSIÜÖ puan ortalaması ile BKİ ortalaması arasında ($r_s=0,169$) çok zayıf ve en son görülen adet zamanının (ay olarak) ortalaması arasında ($r_s=0,318$) zayıf, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların KSIÜÖ puan ortalaması ile son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi ortalaması arasında ($r=-0,753$) yüksek, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

3.3.Kadınlarda Uykusuzluk Sorununu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınlarda uykusuzluk sorununu etkileyen belirleyicilerin ileri analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.14. Çoklu regresyon analizine göre kadınların ksuö puan ortalamaları ile ilişkili sosyo-demografik, menopoz durumu, uyku kalitesini etkileyebilecek özellikler ve uyku durumu belirleyicileri (Backward Stepwise Modeli).**

Uykusuzluk düzeyi belirleyicileri (n=380)*	Std. β	% 95 CI		t	p
		Alt değer	Üst değer		
En Son Görülen Adet Zamanı (ay olarak)	0,094	0,009	0,024	4,259	0,000
Son Dört Hafta İçindeki Yaklaşık Uyku Süresi-Saat/Gün	-0,204	-1,305	-0,697	-6,470	0,000
Gece Terlemeleri Yaşama (evet)	0,108	0,800	2,256	4,128	0,000
Sürekli Kullanılan İlaç (evet)	0,090	0,634	1,899	3,935	0,000
Son Dört Hafta İçinde Herhangi Bir Sağlık Sorunu Yaşama (evet)	0,043	-0,011	1,572	1,939	0,053
Yatak Odası Isısının Çok Sıcak ya da Soğuk Olması (evet)	0,063	0,198	1,646	2,506	0,013
Uykusuzluk Sorunu (evet)	0,593	7,357	9,250	17,248	0,000
R= 0,915	R²= 0,837	Adjusted R²=0,834			

*Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı çıkan değişkenler (BKİ, en son görülen adet zamanı, son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi, yaş, algılanan gelir durumu, kadının öğrenim düzeyi, menopoz durumu, ateş basması ve gece terlemeleri yaşama, stres yaşama, sürekli kullanılan ilaç, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, horlama, günlük yapılan işlerin yorucu olması, oturulan bölgede gürültüden rahatsız olma, yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olması, şimdiki uyku ile geçmişteki uyku arasındaki farkın varlığı ve uykusuzluk sorunu) çoklu regresyon analizine alınmıştır. BKİ, en son görülen adet zamanı (ay olarak) ve son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi sürekli değişken olarak analize alınmıştır. Diğer değişkenler kukla değişken olarak kullanılmıştır.

**Çoklu regresyon analizi backward stepwise modelinde yapılmıştır. Modele anlamlı katkısı olan değişkenler alınmıştır.

*** Modele alım kriteri 0,05 ve model dışı kalma kriteri 0,10 olarak alınmıştır.

Backward stepwise metodu ile yapılan çoklu regresyon analizinin sonucuna göre modelde en son yer alan değişkenler; son görülen adet zamanı (ay olarak) (p=0.000), son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi-saat/gün (p=0.000), gece terlemeleri yaşama (p=0.000), sürekli ilaç kullanma (p=0.000), son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama (p=0.053), yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olması (p=0.013) ve uykusuzluk sorunu yaşama (p=0.000) olarak saptanmıştır. Bu değişkenlerin belirleyicilik oranı ise % 83 olarak bulunmuştur.

4.TARTIŞMA

Menopozal dönemde görülen uykusuzluk sorunu vazomotor şikayetlerden sonra yaşanan en önemli yakınmalardan birisi olup (Owens ve Matthews 1998, Kravitz ve ark 2003, Rosenthal 2003), bu dönemde uykusuzluk sorununun arttığı bildirilmektedir (Krishnan ve Collop 2006). Menopozal dönemde yaşanan uyku sorunları, kadının yaşam kalitesi ve psikolojik durumunu dolayısıyla da sağlığını etkileyen önemli faktörlerden birisidir. (Derman 2001). Türkiye’de menopozal dönemde uyku sorunlarının sıklığını ve ilişkili faktörleri inceleyen yalnızca bir araştırma bulgusuna rastlanmasından dolayı bu araştırma yapılmış olup, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır:

- 4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması,
- 4.2. Kadınların KSIÜÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellik, Menopoz Durumu, Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikler ve Uyku Durumuna Göre Dağılımına İlişkin Bulgularının Tartışılması,
- 4.3. Kadınlarda Uykusuzluk Sorununu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulgularının Tartışılması.

4.1.Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların yaş ortalamasının $51,98 \pm 3,96$ olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1). Araştırma bulgusuyla benzer şekilde menopozal döneme ilişkin yapılan çalışmalarda kadınların yaş ortalamasını Regestein ve arkadaşları (2004) $55 \pm 5,2$, Hsu ve Lin (2005) $51,75$, Elavsky ve arkadaşları (2006) $49,9 \pm 3,6$, Kharbouch ve Şahin (2007) $51,23 \pm 4,17$, Freedman ve Roehrs (2007) $50,3 \pm 3,1$, Timur (2008) $50,55 \pm 4,13$, Çoban ve arkadaşları (2008) $50,3 \pm 5,5$ ve Ensrud ve arkadaşları (2009) $53,7 \pm 2,8$ olarak saptamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların boy ortalamasının $1,60 \pm 0,05$ m olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1). Araştırma bulgusuyla benzer şekilde menopozal döneme ilişkin yapılan çalışmalarda kadınların boy ortalamasını Saka ve arkadaşları

(2005) $162,26 \pm 5,28$ cm, Kharbouch ve Şahin (2007) $1,59 \pm 5,56$ m ve Timur (2008) $1,61 \pm 6,15$ m olarak saptamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların kilo ortalamasının $75,27 \pm 10,04$ kg olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1). Kharbouch ve Şahin 'in (2007) yaptığı çalışmada kadınların kilo ortalamasının $72,1 \pm 11,15$ kg, Timur'un (2008) yaptığı çalışmada kadınların kilo ortalamasının $72,45 \pm 11,70$ kg ve Saka ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada kadınların kilo ortalamasının $65,76 \pm 9,72$ kg olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu Kharbouch ve Şahin (2007) ve Timur'un (2008) yaptıkları araştırma bulguları ile benzerlik göstermekte, Saka ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırma bulgusu ile benzerlik göstermemektedir. Bu durumun araştırma kapsamına alınan kadınların farklı illerden seçilmiş olmasından ve kadınların kültürel yapıya bağlı olarak beslenme durumlarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların BKİ ortalamasının $29,33 \pm 3,87$ kg/boy- m^2 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1). Araştırma bulgusuyla benzer şekilde menopozal döneme ilişkin yapılan çalışmalarda kadınların BKİ ortalamasını Owens ve Matthews (1998) $25,9 \pm 5,2$ kg/boy- m^2 , Polo-Kantola ve arkadaşları (1999) $26,9 \pm 4,0$ kg/boy- m^2 , Regestein ve arkadaşları (2004) $25 \pm 3,3$ kg/boy- m^2 , Freedman ve Roehrs (2006) $28 \pm 0,9$ kg/boy- m^2 , Freedman ve Roehrs (2007) $29,3 \pm 6,3$ kg/boy- m^2 , Kharbouch ve Şahin (2007) $28,4 \pm 4,39$ kg/boy- m^2 ve Timur (2008) $27,74 \pm 4,55$ kg/boy- m^2 olarak bildirmiştir. Araştırma sonuçlarına göre kadınların BKİ ortalaması 25-29,33 $\pm$ 0,9-6,3 arasında olup, bu değerlere göre kadınların hafif şişman (BKİ: 25-29,9) (Baysal 2002) grubunda yer aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda ilerleyen yaşla birlikte kadınlarda kilo artışının olduğu görülmektedir. Bu durumun; ilerleyen yaşla birlikte kadınların bazal metabolizma hızının düşmesi, beslenme alışkanlıkları ve sedenter yaşam durumundan kaynaklandığı belirtilmektedir (Moe 2005). Araştırma bulgularını destekler şekilde yapılan çalışmada kadınların %75,5'inin düzenli egzersiz yapmadığı (Çizelge 3.4) saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların aylık gelir ortalamasının $1089,42 \pm 647,62$ olduğu ve kadınların çoğunun (%37,4) gelir durumunu orta olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Çizelge 3.1). Çalışma bulgusu ile benzer olarak

Kharbouch ve Şahin (2007) ve Yurdakul ve arkadaşları (2007) kadınların çoğunun gelir durumunu gelirinin giderini karşıladığı şeklinde değerlendirdiğini saptamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların büyük bir kısmının (%92,6) evli olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1). Dünya ve Türkiye’de farklı bölgelerde yapılmış çalışmalarda da araştırma bulgusu ile benzer şekilde kadınların büyük bir kısmının evli olduğu görülmektedir (Ford ve ark 2005, Hsu ve Lin 2005, Sarti ve ark 2005, Chung ve Tang 2006, Thurstan ve ark 2006, Bayraktar Görgel ve Çakıroğlu 2007, Kharbouch ve Şahin 2007, Yurdakul ve ark 2007, Çoban ve ark 2008, Hunter ve ark 2008, Shizuka ve ark 2008, Rendall ve ark 2008, Timur 2008, Ensrud ve ark 2009).

Araştırma kapsamına alınan kadınların büyük bir kısmının (%67,1) okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1). Çalışma bulgusu ile benzer olarak Kharbouch ve Şahin (2007) kadınların %42,6’sının ilkokul/ortaokul mezunu olduğunu, Timur (2008) %42,2’sinin okur-yazar/ilkokul mezunu olduğunu ve Çoban ve arkadaşları (2008) %51,8’inin ilkokul mezunu olduğunu saptamıştır. TNSA 2008 verilerine göre de Türkiye genelinde 45-59 yaş arasındaki kadınların büyük bir kısmının ilköğretim birinci kademe (5 yıllık eğitim) mezunu oldukları ve 55 yaşından sonra eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş kadınların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların mesleği sorgulandığında büyük bir kısmının çalışmadığı (%93,2) saptanmıştır (Çizelge 3.1). Türkiye’de farklı bölgelerde yapılmış çalışmalarda da araştırma bulgusu ile benzer şekilde kadınların büyük bir kısmının ev hanımı olduğu görülmektedir (Bayraktar Görgel ve Çakıroğlu 2007, Yurdakul ve ark 2007, Çoban ve ark 2008, Timur 2008).

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; kadınların gebelik sayısı ortalamasının $3,94 \pm 1,79$, doğum sayısı ortalamasının $3,27 \pm 1,39$ ve yaşayan çocuk sayısı ortalamasının $3,01 \pm 1,13$ olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.2). Bu sonuç TNSA (2008) verisindeki toplam doğurganlık hızından (2,16) yüksektir. Araştırma bulgusuyla benzer olarak Çoban ve arkadaşlarının (2008) Manisa’da 226 kadın üzerinde yaptığı araştırma sonucunda kadınların ortalama gebelik sayısının $3,8 \pm 1,9$ ve ortalama çocuk sayısının $2,7 \pm 1,2$ olduğu saptanmıştır. Timur’un (2008) Malatya’da 887 kadın üzerinde yaptığı araştırma sonucuna göre kadınların ortalama gebelik sayısının $5,13 \pm 2,6$ ve ortalama doğum sayısının

4,04±2,04 olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu Timur'un (2008) yaptığı araştırma bulgusuna göre düşüktür. TNSA (2008) verilerine göre de Doğu Anadolu bölgesinde toplam doğurganlık hızı 3,27 ve ortalama canlı doğum sayısı 5,58 iken, İç Anadolu bölgesinde toplam doğurganlık hızı 2,20 ve ortalama canlı doğum sayısı 3,22'dir. Bu bağlamda araştırma bulguları arasındaki farkın, TNSA (2008) verilerine göre de yorumlanacak olursa bölgesel yapıdan kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoz durumu incelendiğinde; kadınların en son gördükleri adet zamanı ortalamasının 36,85±39,60 ay olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3). Manber ve arkadaşlarının (2003) postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yaptığı plasebo kontrollü prospektif araştırmanın sonucunda kadınların en son gördükleri adet zamanı ortalamasının 6,8±4,5 yıl, Regestein ve arkadaşlarının (2004) postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yaptığı araştırmanın sonucuna göre kadınların en son gördükleri adet zamanı ortalamasının 7,1±7,7 yıl, Çoban ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmanın sonucuna göre kadınların menopoz süresi ortalamasının 51,7±61,7 ay ve Ensrud ve arkadaşlarının (2009) postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yaptığı araştırma sonucuna göre kadınların menopoz süresi ortalamasının 4,4±4,2 yıl olduğu saptanmıştır. Kadınların en son gördükleri adet zamanı ortalamasının literatürde farklı zamanlarda olduğu görülmektedir. Bu farklılığın; araştırmaların farklı bölgelerde yürütülmesinden, farklı örnek seçim yöntemi ve örnek seçim kriterlerinin kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların büyük bir kısmının postmenopozal (%50,3) dönemde olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3). Kharbouch ve Şahin'in (2007) yaptığı araştırmada kadınların %56,4'ünün, Hunter ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada kadınların % 55,7'sinin, Timur'un (2008) yaptığı araştırmada kadınların %55,6'sının, Hsu ve Lin'in (2005) yaptığı araştırmada kadınların %42,6'sının postmenopozal dönemde olduğu saptanmıştır. Araştırma bulguları arasında belli oranlarda farklılık olmasına karşın, postmenopozal dönmedeki kadınların çoğunlukla %40 - %60 aralığında olduğu görülmüştür. Araştırma bulguları arasındaki farklılığın çalışma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların uyku kalitesini etkileyebilecek özellikleri incelendiğinde; kadınların %72,4'ünün ateş basması ve % 57,6'sının gece terlemesi yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.4). Saka ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada menopozal dönemdeki kadınların %65,1'inin ateş basması ve %41,9'unun gece terlemesi yaşadığı, Williams ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada kadınların %65'inin 4 hafta önce vazomotor semptomlar yaşadığı, Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada kadınların %13'ünün ateş basması ve %9'unun gece terlemesi yaşadığı, Cheng ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %20,1'inin ateş basması ve %9,3'ünün gece terlemesi yaşadığı, Rendall ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %97'sinin ateş basması ve %88'inin gece terlemesi yaşadığı ve Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %36,9'unun ateş basması ve %45,6'sının gece terlemesi yaşadığı saptanmıştır. Timur'un (2008) yaptığı araştırmanın sonucuna göre; menopozal dönemdeki kadınların %32,2'sinin uykusuzluk nedenini ateş basması ve gece terlemesi yaşaması ile ilişkilendirdiği saptanmıştır. Kadınların ateş basması ve gece terlemesi yaşama sıklığı Saka ve arkadaşları (2005) ve Williams ve arkadaşlarının (2009) araştırma bulgusu ile benzer, Chung ve Tang (2006), Cheng ve arkadaşları (2008), Ishizuka ve arkadaşları (2008) ve Timur'un (2008) araştırma bulgusuna göre yüksek ve Rendall ve arkadaşlarının (2008) araştırma bulgusuna göre düşük bulunmuştur. Araştırma bulguları arasındaki farklılığın; araştırmaların farklı bölgelerde yapılmış olmasından ve araştırma yapılan grubun etnik ve kültürel farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki bilgiye göre de Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınların diğer toplumlardaki kadınlara göre vazomotor şikayetleri daha sık, Japon kadınların ise fitoöstrojenden zengin beslenme alışkanlığına sahip olmalarından dolayı vazomotor şikayetleri daha nadir yaşadıkları bildirilmektedir (WHO 1996). Bu sonuçlar doğrultusunda ateş basması ve gece terlemesi yaşama durumunun menopozal yakınmaların başında geldiği ve bu durumun kadınların sosyal ve emosyonel sağlığını ve uyku durumunu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların %5,3'ünün sigara kullandığı saptanmıştır (Çizelge 3.4). Saka ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmada menopozal dönemdeki kadınların %42,8'inin, Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada kadınların %18,1'inin, Bayraktar Görgel ve

Çakıroğlu'nun (2007) yaptığı araştırmada kadınların %16,1'inin, Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada kadınların %15,8'inin ve Timur'un (2008) yaptığı araştırmada kadınların %22,8'inin sigara kullandığı saptanmıştır. Ensrud ve arkadaşlarının (2009) menopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada kadınların %10'unun, Williams ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada kadınların %22'sinin ve Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı araştırmada kadınların %3,0'ının sigara kullandığı saptanmıştır. Araştırma sonucu Saka ve arkadaşları (2005), Yurdakul ve arkadaşları (2007), Bayraktar Görgel ve Çakıroğlu (2007), Ishizuka ve arkadaşları (2008), Timur (2008), Ensrud ve arkadaşları (2009) ve Williams ve arkadaşlarının (2009) araştırma sonucuna göre düşük, Chung ve Tang'ın araştırma sonucuna göre yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçlarındaki farklılığın kültürel yapıdan kaynaklandığı söylenebilir. Sonuç olarak farklı kültürlerde de olsa kadınların sigara kullanım oranlarının arttığı görülmektedir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de 15-49 yaş arası kadınların %22'sinin halen sigara kullandığı ve bu oranın TNSA 2003 verilerine göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Sigara kullanımındaki bu artış kadının genel sağlık durumunu olumsuz olarak etkilemektedir. Sigara kadınlarda östrojen miktarını azaltmakta, FSH'ı arttırmakta ve böylelikle erken yaşta menopoza girme sürecini hızlandırmaktadır. Hem menopozun hem de sigaranın etkisiyle azalan östrojen miktarına bağlı olarak osteoporoz ve kardiyak hastalıklara yakalanma riski artmaktadır (Terzioğlu ve ark 2008). Yapılan çalışmada diğer çalışma bulgularına göre sigara içme oranının oldukça düşük olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların %23,2'sinin kahve ve %92,1'inin çay tükettiği saptanmıştır (Çizelge 3.4). Araştırma bulgusu ile benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı araştırmada kadınların %13,9'unun günde bir ya da daha az fincan ve %17,7'sinin günde bir fincandan fazla kahve ve %3,0'ının günde bir ya da daha az bardak ve %92,7'sinin günde bir bardaktan fazla çay tükettiği saptanmıştır. Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı araştırmada kadınların %14,8'inin günde bir fincan ya da daha fazla kahve tükettiği ve Hsu ve Lin'in (2005) yaptığı araştırmada kadınların %49,7'sinin kafeinli içecekleri tükettiği saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre yurt dışında yapılan çalışmalarda kahve tüketiminin, Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise çay tüketiminin fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun kültürel farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların %88,7'sinin stres yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.4). Yurdakul ve arkadaşları (2007) menopozal dönemdeki kadınların %47,8'inin fiziksel-psikolojik sıkıntı yaşadığını saptamıştır. Timur (2008) menopozal dönemdeki kadınların %33'ünün uykusuzluk nedenini stres yaşamaya bağladığını saptamıştır. Araştırma bulgusu Yurdakul ve arkadaşları (2007) ve Timur'un (2008) araştırma bulgusuna göre yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak menopozal dönemdeki kadınlarda stres yaşama durumunun arttığı görülmektedir. Literatüre göre serotonin metabolizmasında etkili olan östrojenin menopozal dönemde miktarının azalmasına bağlı olarak kadınlarda psikolojik değişimlere yol açtığı bildirilmektedir (Durmuşoğlu ve Erenus 2000). Çalışmanın yapıldığı bölgede stres yaşama durumunun yüksek olmasının başka faktörlerden kaynaklanabileceği, etkili olabilecek diğer faktörlerin değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların çok azının (%24,5) düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır (Çizelge 3.4). Chung ve Tang (2006) kadınların %23,3'ünün haftada üçten fazla egzersiz yaptığını, Timur (2008) kadınların %26,4'ünün ve Yurdakul ve arkadaşları (2007) kadınların %12'sinin egzersiz yaptığını, Ishizuka ve arkadaşları (2008) kadınların %8,6'sının günlük düzenli egzersiz yaptığını saptamıştır. Hsu ve Lin (2005) kadınların %73'ünün, Thurstan ve arkadaşları (2006) kadınların %56,1'inin düzenli egzersiz yaptığını ve Williams ve arkadaşları (2009) kadınların %32'sinin haftada en az üç gün egzersiz yaptığını saptamıştır. Araştırma bulgusu Chung ve Tang (2006), Timur'un (2008) araştırma bulgusu ile benzer, Yurdakul ve arkadaşları (2007) ve Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) araştırma bulgusundan yüksek, Hsu ve Lin (2005), Thurstan ve arkadaşları (2006) ve Williams ve arkadaşlarının (2009) araştırma bulgusundan düşük bulunmuştur. Araştırma bulgusunun diğer araştırma bulgularına göre düşük ya da yüksek bulunmasının sebebinin; araştırma yapılan grubun farklı bölge ve ülkelerden seçilmiş olması, bu ülkelerdeki öğrenim düzeylerinin farklı olması ve kadının egzersize verdiği anlam ve önemden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların %45,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %18,2'sinin son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı ve %47,1'inin kronik bir hastalığı olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4). Timur (2008) kadınların %45,1'inin günlük ilaç kullandığını, Ensrud ve arkadaşları (2009) kadınların %78'inin son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşadığını

saptamıştır. Hsu ve Lin (2005) kadınların %44,1'inin, Chung ve Tang (2006) kadınların %8,9'unun, Cheng ve arkadaşları (2008) kadınların %14'ünün ve Kharbouch ve Şahin (2007) kadınların %54,5'inin kronik bir hastalığı olduğunu saptamıştır. Araştırma bulgusu Timur (2008) ve Hsu ve Lin'in (2005) araştırma bulgusuyla benzer, Chung ve Tang (2006) ve Cheng ve arkadaşlarının (2008) araştırma bulgusuna göre yüksek, Kharbouch ve Şahin (2007) ve Ensrud ve arkadaşlarının (2009) araştırma bulgusuna göre düşük bulunmuştur. Araştırma bulguları arasındaki bu farklılığın; araştırmaların farklı ülke ve bölgelerde yapılması ve ülkelerin sağlık göstergelerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak yaş ilerledikçe kronik hastalık ve buna bağlı olarak ilaç kullanma durumunun arttığı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların %15'inin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4). Timur (2008) kadınların %12,3'ünün, Chung ve Tang (2006) kadınların %3,6'sının psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğunu ve Soares ve arkadaşları (2006) kadınların %32'sinde depresif bozukluk olduğunu saptamıştır. Araştırma bulgusu Timur'un (2008) araştırma bulgusu ile benzer, Chung ve Tang'ın (2006) araştırma bulgusuna göre yüksek ve Soares ve arkadaşlarının (2006) araştırma bulgusuna göre düşük bulunmuştur. Menopozal dönemde psikiyatrik sorunların ortaya çıkması östrojen eksikliğinin depresyonun oluşmasında biyokimyasal (serbest triptofan miktarının azalması) bir zemin oluşturması ile açıklanabilir (Durmuşoğlu ve Erenus 2000). Araştırma bulguları arasındaki farklılığın; kadınların etnik, kültürel, bireysel farklılığından, menopoza kabullenme, menopozal belirtileri algılama ve bu belirtilerle başa çıkma yöntemlerinin farklılığından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların %45,8'inin horladığı saptanmıştır (Çizelge 3.4). Timur'un (2008) yaptığı çalışmada kadınların horlama sıklığının %40 ve Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada ise %18 olduğu saptanmıştır. Cheng ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların horlama sıklığının %37,6 olduğu ve özellikle horlama sorununun postmenopozal dönemdeki kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Hachul ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada erken postmenopozal (beş yıl ve altı) dönemdeki kadınların %57,1'inin, geç postmenopozal (beş yıl üstü) dönemdeki kadınların %56,2'sinin horlama sorunu yaşadığı saptanmıştır. Araştırma bulgusu Timur'un (2008) araştırma

bulgusu ile benzer, Chung ve Tang (2006) ve Cheng ve arkadaşlarının (2008) araştırma bulgusuna göre yüksek ve Hachul ve arkadaşlarının (2009) araştırma bulgusuna göre düşük bulunmuştur. Araştırma bulgusunun Chung ve Tang (2006) ve Cheng ve arkadaşlarının (2008) araştırma bulgusundan yüksek bulunmasının nedeninin; araştırma grubunda postmenopozal dönemdeki kadın sayısının fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Araştırma bulgusunun Hachul ve arkadaşlarının (2009) araştırma bulgusuna göre düşük bulunmasının nedeninin ise, Hachul ve arkadaşlarının yalnızca postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde araştırma yapmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Aynı şekilde Polo-Kantola ve arkadaşlarının (2003) postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yaptığı randomize kontrollü bir araştırmada da postmenopozal dönemdeki kadınlarda uyku apnesinin ve buna bağlı horlamanın daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu durumun; menopozal dönemle birlikte azalan serum östrojen ve progesteron seviyesinin üst solunum yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azaltarak uyku apnesine, dolayısıyla horlamaya neden olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Derman 2001). Ayrıca ileri yaş (genel kas tonusunda azalmaya bağlı) ve BKİ'nin yüksek olması (şişmanlık) da horlama durumunda birer risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Özgen 2001, Moe 2005).

Araştırma kapsamına alınan menopozal dönemdeki kadınların uyku kalitesini etkileyebilecek özellikleri incelendiğinde; %28,2'sinin günlük yaptıkları işleri yorucu ve %34,2'sinin yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak değerlendirdiği, %15,3'ünün oturulan bölgede gürültüden rahatsız olduğunu belirttiği saptanmıştır (Çizelge 3.4). Sonuç olarak kadınlar fiziksel ve çevresel faktörlerin uykularını olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Literatür bilgisine göre de aşırı fiziksel aktivite REM uykusunun ilk evresini kısaltarak uyku kalitesini azaltmakta ve çevresel birçok faktör (gürültü, aşırı sıcak ya da soğuk ortam) uyku kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).

Araştırma kapsamına alınan kadınların uyku özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; kadınların son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresinin ortalama $6,51 \pm 1,42$ saat/gün olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5). Regestein ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmaya göre kadınların günlük ortalama uyku süresinin 396 ± 59 dakika, Hsu ve Lin'in (2005) yaptığı çalışmaya göre kadınların günlük ortalama uyku süresinin 6,18 saat ve Freedman ve Roehrs'in (2007) yaptığı çalışmaya göre

kadınların günlük ortalama uyku süresinin $394,6 \pm 46,6$ dakika olduğu saptanmıştır. Cheng ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmaya göre kadınların günlük ortalama uyku süresinin $6,7 \pm 1$ saat, Thurstan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmaya göre kadınların günlük ortalama uyku süresinin $7,3 \pm 1,2$ saat ve Timur'un (2008) yaptığı çalışmaya göre kadınların günlük ortalama uyku süresinin $7,23 \pm 2,05$ saat olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu Regestein ve arkadaşları (2004), Hsu ve Lin (2005), Freedman ve Roehrs (2007) ve Cheng ve arkadaşlarının (2008) araştırma bulgusu ile benzer, Thurstan ve arkadaşları (2006) ve Timur'un (2008) araştırma bulgusuna göre düşük bulunmuştur. Yaş ve menopozun etkisiyle orta yaştaki kadınlarda uyku süresi ve niteliği azalmakta ve bu dönemdeki 7 saatlik uyku normal kabul edilmektedir (Owens ve Matthews 1998, Derman 2001). Bu bilgiler doğrultusunda, çalışmadaki kadınların günlük ortalama uyku süresinin normal sınırdan düşük olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların gündüz yaklaşık uyku süresi ortalamasının $37,86 \pm 19,68$ dakika olduğu, kadınların %30,3'ünün gündüzleri uyuduğu ve %37,4'ünün gündüzleri her gün uyuduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5). Owens ve Matthews'in (1998) yaptığı çalışmada kadınların %37'sinin gündüzleri uyuduğu, %7'sinin haftada beşten fazla gündüzleri uyuduğu ve %52'sinin gündüzleri 30 dakikadan az uyuduğu saptanmıştır. Hsu ve Lin'in (2005) yaptığı çalışmada ise kadınların %73,6'sının gündüzleri uyuduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu Owens ve Matthews (1998) ve Hsu ve Lin'in (2005) araştırma bulgusuna göre düşük bulunmuştur. Gündüzleri uyuma durumunun gece uyku süresinin az olmasından kaynaklanabileceği söylenebilir. Yapılan çalışmada da uykusuzluğa bağlı kadınların %72,8'inin gün içinde uykuya meyilli olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.6).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %60,5'inin şimdiki uykusu ile geçmişteki uykusu arasında fark olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5). Araştırma bulgusuyla benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı çalışmada da kadınların %61,9'unun şimdiki uyku ile geçmişteki uyku alışkanlıkları arasında fark olduğu saptanmıştır. Bu durum; hem yaşın ilerlemesi hem de menopoza bağlı serum östrojen ve progesteron seviyesinin azalmasından dolayı NREM ve REM uykusunun olumsuz olarak etkilemesi ile açıklanabilir (Moe 2005).

Araştırma kapsamına alınan kadınların uykusuzluk ve uykusuzlukla ilişkili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; kadınların ortalama $39,18 \pm 41,18$ aydır uykusuzluk sorunu yaşadığı, %54,2'sinin uykusuzluk sorunu olduğu ve %55,3'ünün haftada iki ve ikiden fazla sıklıkta gün içinde kendinin uykusuz hissettiğini ifade ettiği saptanmıştır (Çizelge 3.6). Owens ve Matthews'in (1998) yaptığı çalışmada kadınların %42'sinin uykusuzluk sorunu olduğu, Bromberger ve arkadaşlarının (2001) farklı etnik gruptan oluşan 10374 kadınla yaptığı çalışmada kadınların %36,1'inin uyku güçlüğü yaşadığı saptanmıştır. Kravitz ve arkadaşlarının (2003) Amerika Birleşik Devletleri'nde 12603 orta yaştaki kadınla yaptığı çalışmada kadınların %38'inin, Saka ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada kadınların %50'sinin uykusuzluk sorunu yaşadığı saptanmıştır. Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı çalışmada Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılarak saptanan uyku güçlüğü sıklığı %26 olarak bulunmuştur. Thurston ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada kadınların %14,6'sının gün içinde kendilerini uykusuz hissettikleri, Cheng ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %46'sının uykusuzluk sorunu yaşadığı, Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %37'sinin uykusuzluk sorunu olduğu saptanmıştır. Timur'un (2008) yaptığı çalışmada kadınların %54'ünün uykusuzluk sorunu yaşadığı ve %35,3'ünün haftada 3-4 kez gün içinde kendini uykusuz hissettiği saptanmıştır. Ensrud ve arkadaşlarının (2009) Uykusuzluk Şiddet İndeksi kullanarak yaptıkları çalışmada kadınların %33'ünün orta şiddette uykusuzluk sorunu yaşadığı saptanmıştır. Yukarıda bahsedilen araştırma sonuçları doğrultusunda menopoza birlikte uykunun süresi, niteliği ve kalitesinin azaldığı söylenebilir. Bu durum; yaşın ilerlemesiyle NREM uykusunun derin uyku dönemini oluşturan üçüncü ve dördüncü evresinin azalarak kısa aralıklarla uyanmalara neden olması (Özkan 2008), ayrıca menopozun etkisiyle serum östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesi sonucu üst solunum yollarının etkilenerek uyku apnesinin meydana gelmesi (Derman 2001) ve düşük östrojen düzeyine bağlı REM uykusunun azalması ve bunun sonucunda uykuya geçişin zorlaşması ile açıklanabilir. (Durmuşoğlu ve Erenus 2000). Yapılan araştırmalarda uykusuzluk sorununun farklı oranlarda olduğu görülmektedir. Araştırma bulguları arasındaki farklılığın; araştırmaların farklı ülke ve bölgelerde yapılmış olmasından, menopozal yakınmaların kültürel faktörlere bağlı olarak farklı düzeylerde algılanmasından ve uykunun subjektif bir deneyim olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların uykusuzluğa bağlı gün içinde kendini %75,2'sinin gergin ve sinirli, %81,1'inin huzursuz, %97,6'sının yorgun ve halsiz hissettiği, %81,1'inin algılama güçlüğü yaşadığı, %72,8'inin gün içinde uykuya meyilli olduğu ve %12,1'inin baş ağrısı ve baş dönmesi yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.6). Saka ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada kadınların %63,3'ünde sinirlilik ve %50'sinde yorgunluk olduğu saptanmıştır. Thurston ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada kadınların %19,5'inin uyandıktan sonra kendilerini yorgun hissettikleri saptanmıştır. Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %38,8'inde sinirlilik ve %67,4'ünde yorgunluk olduğu saptanmıştır. Hachul ve arkadaşlarının (2009) uyku ve bilişsel şikayetleri karşılaştırdığı çalışmada geç postmenopozal dönemdeki kadınların %56,25'inin konsantrasyon güçlüğü yaşadığı saptanmıştır. Çalışma bulgularında uykusuzluğa bağlı olarak yaşanan bütün bu sorunlar uyku bölünmelerine bağlı uyku evrelerinin tam olarak gerçekleşmemesi ile açıklanabilir. Çünkü uykunun dört aşamasının olabilmesi için 90 dakikalık bir süre geçmesi gerekmektedir. Eğer kişi sık sık uyanırsa sürekli olarak yeni bir siklusa uykuya başlamakta (Çakırcalı 2000) ve sonuç olarak derin uyku tam olarak gerçekleşemediği için kişi sabah uyandığında kendini halsiz-yorgun, gergin-sinirli, huzursuz hissedebilmekte ya da gün içinde uykuya meyil ve algılama güçlüğü yaşayabilmektedir (Durmuşoğlu ve Erenus 2000, Derman 2001).

Araştırma kapsamına alınan kadınların uykusuzluk sorununa yönelik yaptığı uygulamaların dağılımı incelendiğinde; kadınların %64,6'sının uykusuzluk sorununu gidermek için herhangi bir uygulama yaptığı saptanmıştır. Kadınların uykusuzluk sorununu gidermek için %52,6'sının sessiz ve loş bir odaya geçtiği, %51,9'unun ılık ve serin bir odaya geçtiği, %56,4'ünün rahat ve terletmeyen kıyafetler giydiği, %62,4'ünün fazla hareket gerektirmeyen bir uğraşta bulunduğu, %66,9'unun süt içtiği / yoğurt yediği, %60,2'sinin ılık bir banyo yaptığı, %27,1'inin ilaç aldığı, %2,3'ünün akupunktur yaptırdığı ve %34,6'sının bitki çayları tükettiği saptanmıştır (Çizelge 3.7). Timur'un (2008) yaptığı araştırmada kadınların % 40,9'unun uykusuzluk sorunu için önlem aldığı ve bu aldıkları önlemlerin sırasıyla % 30,6 ile süt içme ve yoğurt yeme, %25,5 ile banyo yapma ve ilaç alma olduğu saptanmıştır. Sarti ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmada hormon tedavisi almayan kadınların %25,9'unun, oral hormon tedavisi alan kadınların %22'sinin ve

transdermal hormon tedavisi alan kadınların %22,8'inin son üç ay içinde uyku ilacı aldığı saptanmıştır. Araştırma bulgusu Timur (2008) ve Sarti ve arkadaşlarının (2005) araştırma bulgusundan yüksek bulunmuştur. Araştırma bulguları arasındaki bu farklılığın; yapılan araştırmaların uykusuzluk prevalanslarının farklı olmasından, araştırma kapsamına HRT alan grubun dahil edilmemesinden ve bundan dolayı nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla uygulanmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puanlarının ve puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $9,38 \pm 6,98$ ve KSİÜÖ kesme puanına göre (10 puan ve üzeri) kadınların %51,3'ünde uykusuzluk sorununun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.8). Timur'un (2008) yaptığı araştırmada kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $9,18 \pm 5,37$ ve KSİÜÖ kesme puanına göre (10 puan ve üzeri) kadınların % 62,2 sinde uykusuzluk sorunun olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularından KSİÜÖ puan ortalamaları her iki araştırmada da benzer bulunmuştur. KSİÜÖ kesme puanına göre kadınların uykusuzluk sorunu yaşama oranı Timur'un (2008) araştırmasına göre düşük bulunmuştur. Bu bağlamda araştırmada; kadınların uykusuzluk sorunu yaşama ile ilgili subjektif değerlendirmeleri (%54,2) ve KSİÜÖ'nden aldıkları puan sonucu benzerlik göstermektedir.

4.2.Kadınların KSİÜÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellik, Menopoz Durumu, Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikler ve Uyku Durumuna Göre Dağılımına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; KSİÜÖ puan ortalamasının 45-49 yaş arası kadınlarda düşük ($6,82 \pm 6,43$), 50 yaş ve üzeri kadınlarda yüksek ($10,69 \pm 6,90$) olduğu ve yaş grupları ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.9). Timur'un (2008) yaptığı araştırmada 45-49 yaş arası kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $8,48 \pm 5,12$ ile en düşük, 50-54 yaş arası kadınların $10,11 \pm 5,33$ ile en yüksek ve yaş grupları ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca Timur'un (2008) yaptığı araştırmanın lojistik regresyon analizi sonucuna göre yaştaki bir birimlik artışın uykusuzluğu 1,04 kat

arttırdığı, Ford ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmanın lojistik regresyon analizi sonucuna göre ise yaştaki bir birimlik artışın uykusuzluğu 1,2 kat arttırdığı saptanmıştır. Araştırma bulgusu Timur'un (2008) araştırma bulgusu ile benzer bulunmuştur. Bu sonuca göre yaş ilerledikçe KSİÜÖ puan ortalamasının arttığı yani 50 yaş üstü kadınların daha çok uykusuzluk sorunu yaşadığı saptanmıştır. Literatürdeki bilgiye göre de 45 yaş üstü kadınlarda hem yaşın hem de menopozun etkisiyle uyku süresi ve niteliği azalmaktadır (Owens ve Matthews 1998).

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan gelir durumunu iyi olarak algılayan grubun KSİÜÖ puan ortalamasının $7,98 \pm 7,17$, orta olarak algılayan grubun $9,76 \pm 6,84$ ve kötü olarak algılayan grubun $10,32 \pm 6,79$ olduğu ve kadınların gelir algısı ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Gelir durumu algısı iyi olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur (Çizelge 3.9). Yani gelir durumunu kötü olarak algılayan kadınlar daha fazla uykusuzluk sorunu yaşamaktadır. Gelir durumunun kötü olarak algılanması kadınların günlük yaşamı sürdürmede kaygı düzeyini arttırabileceği, bu durumun da uykusuzlukla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Timur'un (2008) yaptığı araştırmaya göre kadınların gelir durumu algısı ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma bulgusu Timur'un (2008) araştırma bulgusu ile uyum göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan okur-yazar olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,2 \pm 6,35$, okur-yazar / ilköğretim mezunu olan kadınların $9,84 \pm 6,98$, ortaokul mezunu olan kadınların $9,67 \pm 6,81$ ve lise ve üzeri öğrenim düzeyi olan kadınların ise $6,12 \pm 6,36$ olduğu saptanmıştır. Kadınların öğrenim düzeyi ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrenim düzeyi lise ve üzeri olan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur (Çizelge 3.9). Timur'un yaptığı (2008) araştırmada öğrenim görmeyen kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $10,06 \pm 5,62$ ve üniversite mezunu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $6,97 \pm 4,78$ olduğu ve kadınların öğrenim durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kravitz ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada öğrenim durumu ile uyku güçlüğü yaşama arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu Timur (2008) ve Kravitz ve arkadaşlarının (2003) araştırma bulgularıyla benzer bulunmuştur. Bu sonuca göre

kadınların öğrenim düzeyi düştükçe uykusuzluk sorununun arttığı görülmektedir. Bu sonuçlar kadınların öğrenim düzeyi arttıkça sorunla baş etme ve çözüm arama noktasında farkındalıklarının arttığını düşündürmüştür.

Kadınların mesleği ve medeni durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p \geq 0,05$) (Çizelge 3.9). Araştırma bulgusu ile benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının menopoza durumuna göre dağılımı incelendiğinde; premenopozal dönemdeki kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $6,06 \pm 6,15$, perimenopozal dönemdeki kadınların $9,92 \pm 6,51$ ve postmenopozal dönemdeki kadınların $11,16 \pm 6,95$ olduğu bulunmuştur. Kadınların menopoza durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Yapılan istatistiksel analizde farklılığın premenopozal ile perimenopozal ve premenopozal ile postmenopozal dönemdeki kadınlar arasında olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.10). Bu sonuca göre; perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre daha fazla uykusuzluk sorunu yaşadığı söylenebilir. Araştırma bulgusu ile benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı araştırmada da premenopozal dönemdeki kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $7,34 \pm 4,69$, perimenopozal dönemdeki kadınların $9,79 \pm 5,37$ ve postmenopozal dönemdeki kadınların $9,78 \pm 5,48$ olduğu, ayrıca menopoza durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve farkın premenopozal dönemdeki kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca Timur'un (2008) yaptığı araştırmaya göre; uykusuzluk gelişme riskinin perimenopozal dönemdeki kadınlarda premenopozal dönemdeki kadınlara göre 2,4 kat fazla olduğu saptanmıştır. Kravitz ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmaya göre; erken ve geç perimenopozal, doğal ve cerrahi postmenopozal dönemdeki kadınlarda premenopozal dönemdeki kadınlara göre uyku sorunlarının daha çok yaşandığı saptanmıştır. Young ve arkadaşlarının (2003) 589 menopoza dönemdeki kadın üzerinde polisomnografi yöntemi kullanılarak yaptığı Wisconsin Uyku Kohort'u araştırmasında; perimenopozal ve postmenopozal dönemlerdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre uyku memnuniyetsizliklerinin iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Ohayon'ın (2006) menopoza dönemdeki 982 kadın üzerinde yaptığı çalışmasının sonucuna

göre; kronik uykusuzluk prevalansı, perimenopozal (% 56,6) ve postmenopozal (% 50,7) dönemdeki kadınlarda premenopozal (% 36,5) dönemdeki kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Chung ve Tang'ın (2006) yaptığı araştırmaya göre; perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre daha fazla uykusuzluk sorunu yaşadığı saptanmıştır. Cheng ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmaya göre; postmenopozal dönemde, premenopozal döneme göre uyku sorunlarının daha yaygın yaşandığı saptanmıştır. Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada perimenopozal (%45) ve postmenopozal (%44,6) dönemdeki kadınlarda, premenopozal (%31,8) dönemdeki kadınlara göre daha fazla uykusuzluk sorunu olduğu saptanmıştır. Hachul ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları araştırmada; geç postmenopozal dönemde uyku sorunlarının daha çok yaşandığı saptanmıştır. Sonuç olarak araştırma bulgusu Timur (2008), Kravitz ve arkadaşları (2003), Young ve arkadaşları (2003), Ohayan'ın (2006), Chung ve Tang (2006), Cheng ve arkadaşları (2008), Ishizuka ve arkadaşları (2008) ve Hachul ve arkadaşlarının (2009) araştırma bulgularıyla benzer bulunmuştur. Literatürdeki bilgiye göre de postmenopozal dönemde premenopozal döneme göre daha fazla uyku sorunu yaşandığı bildirilmektedir (Moline ve ark 2003, Krishnan ve Collop 2006). Ayrıca perimenopoz ve postmenopozal dönemlerdeki kadınlarda, premenopozal dönemdeki kadınlara göre uyku sorunlarının %50-100 oranında arttığı bildirilmektedir (Moe 2005). Bu durumun; zaman içinde serum östrojen ve progesteron seviyesinin azalması ve bu hormonların seviyesinin perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda premenopozal dönemdeki kadınlara göre daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Araştırma bulgusundan farklı olarak Owens ve Matthews (1998) yaptığı araştırmada, menopozal dönem ile uykusuzluk sorunu yaşama arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durumun; Owens ve Matthews'ın (1998) araştırmasının 42-50 yaş grubunda ve daha çok premenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku kalitesini etkileyebilecek özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; kadınların sigara kullanma, düzenli egzersiz yapma, kahve ve çay tüketimi ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p \geq 0,05$) (Çizelge 3.11). Araştırma bulgusu ile benzer olarak Timur 'un (2008)

yaptığı araştırmada da kadınların sigara kullanma, egzersiz yapma, kahve ve çay tüketimi ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Elavsky ve McAuley'in (2007) 164 orta yaştaki (yaş ortalaması $49,9 \pm 3,6$) kadın üzerinde dört ay boyunca orta yoğunlukta egzersiz programı (yürüyüş ve yoga) uygulayarak yaptıkları randomize kontrollü çalışma sonucunda; bu egzersiz programının uyku üzerinde istatistiksel olarak önemli bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır. Ford ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmada menopozal dönemdeki kadınların sigara kullanma durumu ile uyku arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hsu ve Lin'in (2005) yaptığı araştırmada menopozal dönemdeki kadınların düzenli egzersiz yapma ve kafeinli içecek tüketme ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada menopozal dönemdeki kadınların düzenli egzersiz yapma ve sigara kullanma durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çiftçi ve Köktürk'ün (2004) "Uyku laboratuvarında uyku yeterliliğini etkileyen faktörler" başlıklı araştırmasında kafeinli içeceklerin tüketiminin uyku yeterliliği üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Araştırma bulgusu Timur (2008), Elavsky ve McAuley (2007), Ford ve arkadaşları (2005), Hsu ve Lin (2005), Ishizuka ve arkadaşları (2008) ve Çiftçi ve Köktürk'ün (2004) araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Nikotin uykuya geçişi zorlaştırmaktadır. Gün içinde yapılan fiziksel egzersizler bireyin yorulmasına ve çoğu kez daha kolay uykuya dalmasına neden olmaktadır (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008). Kafein; çay, kahve, kola gibi içeceklerde ve bazı analjezik ilaç preparatlarında bulunan, diüretik, kas ve sinirleri uyarıcı, mide salgısı ve metabolik hızı arttırıcı etkiye sahip bir maddedir (Baysal 2002, Lee-Chiong 2008). Örneğin; bir bardak çayda ortalama 60 mg ve bir fincan kahvede ortalama 85 mg kafein bulunmaktadır (Baysal 2002). Kafein, toplam uyku süresini kısaltır, uykuya dalma süresini uzatır. Ancak bu etkilere yol açması için genellikle gecenin ilerleyen saatlerinde alınması ya da günlük dozun 500 mg'ı geçmesi gerekmektedir (Shneerson 2005).

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının vazomotor semptom yaşama durumuna göre dağılımı incelendiğinde; ateş basması yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $10,90 \pm 6,84$ ve ateş basması yaşamayan kadınların puan ortalamasının $5,41 \pm 5,69$ olduğu, yapılan istatistiksel analize göre ateş basması yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan

ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gece terlemeleri yaşayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamasının $12,72\pm6,10$ ve gece terlemeleri yaşamayan kadınların puan ortalamasının $4,85\pm5,37$ olduğu, yapılan istatistiksel analize göre gece terlemeleri yaşayan ve yaşamayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.11). Araştırma sonucuna göre ateş basması ve gece terlemelerine bağlı kadınların uykusuzluk sorunu yaşadığı söylenebilir. Yapılan çoklu regresyon analizinde de gece terlemelerine bağlı olarak kadınların uykusuzluk sorunu yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.14). Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku sorunları vazomotor şikayetlerle (sıcak basması ve gece terlemesi) birlikte görülmektedir. (WHO 1996, Moline ve ark 2003). Freedman ve Roehrs'in polisomnografi yöntemi kullanarak menopozda uyku sorunları ile ilgili yaptığı iki çalışmanın sonucuna göre; gece uykusunun ilk yarısında kadınların sıcak basmasından dolayı uykularının bölündüğü saptanmıştır (Freedman ve Roehrs 2006, Freedman ve Roehrs 2007). Ensrud ve arkadaşlarının (2009) yaptığı uykunun objektif ve subjektif olarak değerlendirildiği çalışmada da uyku sorunlarının sıcak basmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Freedman ve Roehrs'in (2004) uyku laboratuvarında EEG, elektrookulogram ve elektromyogram tekniğini kullanarak yaptığı araştırmaya göre menopozal dönemdeki kadınların %55'inin sıcak basmasına bağlı uykusunun bölündüğü saptanmıştır. Polo-Kantola'nın (1999) yaptığı araştırmaya göre vazomotor semptomlarla azalan subjektif uyku kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmış fakat polisomnografik olarak uyku kayıtlarında anormallik saptanmamıştır. Sonuç olarak Polo-Kantola ve arkadaşları (1999) vazomotor semptomlarla ilgili subjektif uyku değerlendirmesinin polisomnografik uyku kayıtları kadar kesin olmadığını vurgulamışlardır. Literatürdeki bilgiye göre de uykunun subjektif olarak değerlendirilmesinin objektif olarak değerlendirilme ile her zaman tutarlı olmayabileceği savunulmaktadır (Moe 2004). Kravitz ve arkadaşlarının (2003) 12603 farklı etnik gruptan oluşan kadınlar üzerinde yaptığı uykunun subjektif olarak değerlendirildiği araştırma sonucuna göre; uyku güçlüğü yaşama durumunun sıcak basması yaşama durumu ile önemli derecede ilişkili olduğu (odds oranı:1,99 ve %95 CI:1,81-2,19) saptanmıştır. Ohayon'un (2006) yaptığı araştırma sonucunda şiddetli sıcak basmalarının kronik uykusuzlukla ilişkili olduğu saptanmıştır. Thurston ve arkadaşlarının (2006) menopozal dönemdeki kadınlarda uykuyu objektif ve subjektif değerlendirerek yaptıkları araştırmanın sonucunda sıcak basması yaşama ile akut

uyku sorunu yaşama durumu arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak araştırma bulgusu diğer araştırma bulgularıyla benzerlik göstermekte olup, literatürdeki bilgiyi de desteklemektedir. Yapılan araştırmaların sonucuna göre sıcak basmaları ile uykusuzluk arasında ilişki olmasına karşın, bu ilişkinin nedensel olduğunu destekleyen evrensel çalışmalar yoktur (Parry 2007).

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının stres yaşama durumuna göre dağılımı incelendiğinde; stres yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $9,97 \pm 6,97$ ve stres yaşamayan kadınların puan ortalamasının $4,76 \pm 5,18$ olduğu, yapılan istatistiksel analize göre stres yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.11). Psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $15,00 \pm 5,69$ ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan kadınların puan ortalamasının $8,39 \pm 6,72$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analize göre psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.11). Araştırma sonucuna göre stres yaşayan ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınların uykusuzluk sorunu yaşadığı söylenebilir. Araştırma bulgusuyla benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı araştırmada; psikiyatrik hastalığı olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $10,98 \pm 5,67$ ve psikiyatrik hastalığı olmayan kadınların puan ortalamasının $8,93 \pm 5,29$ olduğu, yapılan istatistiksel analize göre psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Owens ve Matthews'in (1998) yaptığı araştırmada bireyin kendisini ruhsal olarak kötü hissetmesi ile uyku bozukluğu yaşaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Regestein ve arkadaşlarının (2004) yaptığı araştırmaya göre kadın sağlığı anketinin psikolojik ve somatik semptom değerlerindeki artışın kendi kendine rapor edilmiş düşük uyku kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Thurston ve arkadaşlarının (2006) yaptığı linear regresyon analizine göre; kişisel uyku sorunlarının anksiyete ve depresyonla güçlü, günlük stres yaşama durumu ile daha az boyutta bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmanın sonucunda menopozal dönemdeki kadınlarda uykusuzluğun anksiyete ya da huzursuzluk yaşama durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Joffe ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmaya göre; vazomotor semptomları olan

menopozal dönemdeki depresif kadınların, depresif olmayan kadınlara göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu Owens ve Matthews (1998), Regestein ve arkadaşları (2004), Thurston ve arkadaşları (2006), Ishizuka ve arkadaşları (2008) ve Joffe ve arkadaşlarının (2009) araştırma bulgusuyla benzer bulunmuştur. Literatüre göre; anksiyete, depresyon, korku ve kayıp yaşama durumunun uyku kalitesini bozduğu bildirilmektedir (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008).

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının sürekli ilaç kullanma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; sürekli ilaç kullanan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,47 \pm 6,53$ ve sürekli ilaç kullanmayan kadınların puan ortalamasının $6,80 \pm 6,27$ olduğu, yapılan istatistiksel analize göre sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.11). Son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,26 \pm 6,31$ ve son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamayan kadınların puan ortalamasının $8,75 \pm 6,97$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analize göre son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan ve yaşamayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.11). Yapılan çoklu regresyon analizinde de sürekli ilaç kullanan ve son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınların uykusuzluk sorunu yaşama durumunun istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.14). Kronik hastalığı olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,19 \pm 6,63$ ve kronik hastalığı olmayan kadınların puan ortalamasının $6,89 \pm 6,31$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analize göre kronik hastalığı olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.11). Araştırma bulgusuyla benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı çalışmada; sürekli ilaç kullanan ve kronik hastalığı olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının sürekli ilaç kullanmayan ve kronik hastalığı olmayan gruba oranla daha yüksek olduğu, aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hsu ve Lin'in (2005) yaptığı çalışmanın sonucuna göre; menopozal dönemdeki kadınlar arasında kronik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre uyku kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Araştırma bulgusu Timur (2008) ve Hsu ve Lin'in (2005) araştırma bulgusuyla uyumlu

bulunmuştur. Literatüre göre; birçok ilaç (bazı antidepresanlar, hipnotik ajanlar, stimulanlar gibi), bazı hastalıklar (gastrit, kardiyak hastalıklar gibi), ağrı ve fiziksel sorunların uyku kalitesini bozduğu ve uykusuzluğa yol açtığı belirtilmektedir (Lee-Chiong 2008).

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının horlama durumuna göre dağılımı incelendiğinde; horlama sorunu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $12,16 \pm 6,45$ ve horlama sorunu olmayan kadınların puan ortalamasının $7,04 \pm 6,55$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analize göre horlama sorunu olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.11). Bu sonuca göre horlama sorunu olan kadınlarda uykusuzluk sorunu olduğu söylenebilir. Araştırma bulgusundan farklı olarak Timur'un (2008) yaptığı araştırmada horlama alışkanlığı ile KSİÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Horlama; üst solunum yollarındaki dokularda vibrasyon sonucu meydana gelen, akciğerlerdeki hava akımının kesintiye uğramasıyla ilişkili olmayan gürültüdür. Eğer üst solunum yollarındaki hava akımını engelleyen bir tıkanıklığa bağlı akciğerlerdeki hava akımı kesintiye uğrarsa bu olaya obstrüktif uyku apnesi denir (Shneerson 2005). Menopozda östrojen ve progesteron seviyesinin azalmasına bağlı olarak üst solunum yollarındaki dilatör kas motor aktivitesinin azalarak uyku apnesine neden olabileceği düşünülmektedir (Derman 2001). Bu yüzden uykusuzluk sorununun yaşanmasında horlama tek başına bir kriter olarak ele alınmamalı ve obstrüktif uyku apnesi ile birlikte değerlendirilmelidir (Shneerson 2005).

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının günlük yaptıkları işlerin yorucu olma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; günlük yaptıkları işleri yorucu bulan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $13,58 \pm 5,84$ ve günlük yaptıkları işleri yorucu bulmayan kadınların puan ortalamasının $7,74 \pm 6,70$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analize göre günlük yaptıkları işleri yorucu bulan ve bulmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.11). Oturulan bölgede gürültüden rahatsız olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $13,77 \pm 6,16$ ve oturulan bölgede gürültüden rahatsız olmayan kadınların puan ortalamasının $8,59 \pm 6,83$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analize göre oturulan bölgede gürültüden rahatsız olan ve olmayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki

ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.11). Yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendiren kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $14,14\pm6,04$ ve yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendirmeyen kadınların puan ortalamasının $6,91\pm6,11$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analize göre yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendiren ve nitelendirmeyen kadınların KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.11). Yapılan çoklu regresyon analizinde de yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendiren kadınların uykusuzluk sorunu yaşama durumunun istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.14). Literatüre göre; gürültü, aşırı sıcak ya da soğuk ortam ve aşırı yorgunluk uyku kalitesini bozabilmektedir (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008). Araştırma sonucuna göre; günlük yapılan işleri yorucu bulan, oturulan bölgede gürültüden rahatsız olan ve yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak nitelendiren kadınların uykusuzluk sorunu yaşadığı söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; kadınların gündüzleri uyuma durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p\geq0,05$) (Çizelge 3.12).

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalamalarının uyku durumuna göre dağılımı incelendiğinde; şimdiki uykusu ile geçmişteki uykusu arasında fark olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $13,77\pm5,31$ ve fark olmayan kadınların puan ortalamasının $2,66\pm2,32$ olduğu, yapılan istatistiksel analiz sonucu aradaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.12). Uykusuzluk sorunu yaşayan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının $15,04\pm4,03$ ve uykusuzluk sorunu yaşamayan kadınların puan ortalamasının $2,69\pm2,10$ olduğu, yapılan istatistiksel analiz sonucu aradaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.12). Araştırma bulgusuyla benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı araştırmada da uykusuzluk sorunu olan kadınların KSİÜÖ puan ortalamasının uykusuzluk sorunu olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak; anket ve ölçek sonuçlarının birbiriyle tutarlı olduğu gözlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile BKİ ortalaması arasında ($r_s=0,169$) çok zayıf ve en son görülen adet zamanının (ay olarak) ortalaması arasında ($r_s=0,318$) zayıf, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.13). Yani BKİ ve son görülen adet zamanı arttıkça çok zayıf olarak uykusuzluk sorunun da arttığı söylenebilir. Timur'un (2008) yaptığı araştırmada BKİ ile KSİÜÖ puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kantola ve arkadaşlarının (1998) yaptığı araştırmada da BKİ ile uykusuzluk yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Timur (2008) ve Kantola ve arkadaşlarının (1998) araştırma bulguları yapılan araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir. Literatüre göre perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda uykusuzluk sorunun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Kravitz ve ark 2003, Moline ve ark 2003, Young ve ark 2003, Chung ve Tang 2006, Krishnan ve Collop 2006, Ohayan 2006, Cheng ve ark 2008, Ishizuka ve ark 2008, Timur 2008, Hachul ve ark 2009). Yapılan çalışmada da en son görülen adet zamanı arttıkça uykusuzluk sorununun çok zayıf olmakla birlikte arttığı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSİÜÖ puan ortalaması ile son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi ortalaması arasında ($r=-0,753$) yüksek, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.13). Yani uyku süresi azaldıkça uykusuzluk sorununun arttığı söylenebilir. Araştırma bulgusuyla benzer olarak Timur'un (2008) yaptığı araştırmada günlük uyku süresi arttıkça KSİÜÖ puan ortalamasının azaldığı yani kadınların daha az uykusuzluk yaşadığı, Ishizuka ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada da günlük uyku saati azaldıkça uykusuzluk gelişme riskinin arttığı saptanmıştır.

4.3.Kadınlarda Uykusuzluk Sorununu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kadınların çoklu regresyon analizine göre KSİÜÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik, menopoz durumu, uyku kalitesini etkileyebilecek özellikler ve uyku durumu belirleyicileri ile ilişkisi değerlendirildiğinde; son görülen adet zamanı, son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi, gece terlemeleri yaşama, sürekli ilaç kullanımı, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama, yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olarak

değerlendirilmesi ve uykusuzluk sorunu yaşama durumunun uykusuzluk sorununu %83 oranında açıkladığı saptanmıştır (Çizelge 3.14). Yani kadınların en son gördükleri adet zamanı, gece terlemeleri yaşama durumu, sürekli ilaç kullanımı, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu, yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olarak değerlendirilmesi ve uykusuzluk sorunu yaşama durumu arttıkça KSİÜÖ puan ortalamasının arttığı, dolayısıyla uykusuzluk sorununun arttığı söylenebilir. Aynı şekilde son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi attıkça KSİÜÖ puan ortalamasının azaldığından, dolayısıyla uykusuzluk sorununun azaldığından söz edilebilir. Ohayon'un (2006) yaptığı araştırma sonucunda sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren kadınlarda kronik uykusuzluk gelişme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cheng ve arkadaşlarının (2008) menopozal dönemdeki kadınlarda uykuyu subjektif olarak değerlendirdikleri araştırmada yapılan lojistik regresyon analizine göre; gece terlemesi yaşama durumunun gündüz aşırı uykusuzluk yaşama durumu ile pozitif bir ilişkisinin olduğu (odss oranı:1,47 ve %95 CI:1,12-1,93), araştırma bulgusundan farklı olarak sıcak basması yaşama durumunun uykuya başlamada güçlük yaşama durumu ile ilişkili olduğu (odss oranı:1,43 ve %95 CI:1,16-1,77) saptanmıştır. Araştırma bulgusu Ohayon (2006) ve Cheng ve arkadaşlarının (2008) araştırma bulgularıyla benzer bulunmuştur.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Sosyo-demografik özelliklerin dağılımı incelendiğinde; kadınların yaş ortalamasının $51,98 \pm 3,96$, kadınların %66,3'ünün 50 yaş ve üzerinde ve BKİ ortalamasının $29,33 \pm 3,87$ olduğu bulunmuştur. Kadınların %37,4'ünün aylık gelirlerini orta olarak algıladığı, %92,6'sının evli, %67,1'inin okur-yazar / ilkokul mezunu olduğu ve %93,2'sinin çalışmadığı saptanmıştır.
- Menopoz durumunun dağılımı incelendiğinde; kadınların en son gördükleri adet zamanı ortalamasının $36,85 \pm 39,60$ ay olduğu ve kadınların %50,3'ünün postmenopozal dönemde olduğu saptanmıştır.
- Uyku kalitesinin etkileyebilecek özelliklerin dağılımı incelendiğinde; kadınların %72,4'ünün ateş basması ve %57,6'sının gece terlemeleri yaşadığı, %5,3'ünün sigara kullandığı, %23,2'sinin kahve ve %92,1'inin çay tükettiği, %88,7'sinin stres yaşadığı ve %24,5'inin düzenli egzersiz yaptığı, %45,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %18,2'sinin son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı, %47,1'inin kronik hastalık, %15'inin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu ve %45,8'inin horladığı saptanmıştır. Kadınların %28,2'sinin günlük yaptıkları işlerinin yorucu olduğu, %15,3'ünün oturulan bölgede gürültüden rahatsız olduğu ve %34,2'sinin yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak değerlendirdiği saptanmıştır.
- Kadınların uyku özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; kadınların son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi ortalamasının $6,51 \pm 1,42$ saat ve %60,5'inin şimdiki uykusu ile geçmişteki uykusu arasında fark olduğu saptanmıştır.
- Kadınların ortalama $39,18 \pm 41,18$ aydır uykusuzluk sorunu yaşadığı, %54,2'sinin uykusuzluk sorunu olduğu ve %55,3'ünün haftada iki ve ikiden fazla sıklıkta gün içinde kendini uykusuz hissettiği saptanmıştır. Kadınların KSIÜÖ puan ortalamasının $9,38 \pm 6,98$ ve KSIÜÖ kesme puanına göre (10 puan ve üzeri) kadınların %51,3'ünde uykusuzluk sorununun olduğu

saptanmıştır. Yani kadınların uykusuzluk sorunu yaşama ile ilgili subjektif değerlendirmeleri ve KSIÜÖ'nden aldıkları puan sonucu paralellik göstermektedir.

- Kadınların uykusuzluğa bağlı gün içinde kendini %75,2'sinin gergin ve sinirli, %81,1'inin huzursuz, %97,6'sının yorgun ve halsiz hissettiği, %81,1'inin algılama güçlüğü yaşadığı, %72,8'inin gün içinde uykuya meyilli olduğu ve %12,1'inin baş ağrısı ve baş dönmesi yaşadığı saptanmıştır.
- Kadınların %64,6'sının uykusuzluk sorununu gidermek için herhangi bir uygulama yaptığı belirlenmiştir.
- Kadınların yaş grupları, gelir durumu algısı, öğrenim düzeyi ile KSIÜÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
- Kadınların menopoz durumu ile KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$), premenopozal dönemdeki kadınların uykusuzluk sorununu perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlara göre daha az yaşadığı saptanmıştır.
- Kadınların ateş basması, gece terlemeleri ve stres yaşaması, sürekli ilaç kullanımı, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşaması, kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü, horlama durumu, günlük yapılan işlerin yorucu olarak değerlendirmesi, oturulan bölgede gürültüden rahatsız olması ve yatak odası ısını çok sıcak ya da soğuk olarak değerlendirmesi ile KSIÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Şimdiki uykusu ile geçmişteki uykusu arasında fark olan ve uykusuzluk sorunu yaşayan kadınların KSIÜÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Kadınların KSIÜÖ puan ortalaması ile BKİ ortalaması arasında ($r_s=0,169$) çok zayıf ve en son görülen adet zamanının (ay olarak) ortalaması arasında ($r_s=0,318$) zayıf, pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi ortalaması arasında ($r=-0,753$) yüksek,

negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

- Son görülen adet zamanı, son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi, gece terlemeleri yaşama, sürekli ilaç kullanımı, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama, yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olarak değerlendirilmesi ve uykusuzluk sorunu yaşama durumunun menopozal dönemde olan kadınlardaki uykusuzluk sorununu %83 oranında açıkladığı saptanmıştır.

5.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Sağlık personelinin menopozal yakınmaları sorgularken özellikle vazomotor semptomlarla birlikte, uyku sorununun olup olmadığını dikkatle sorgulaması,
- Perimenopozal ve postmenopozal dönemde uyku sorunları daha çok yaşandığı için özellikle sağlık personelinin bu dönemdeki kadınlarda uyku sorunlarını daha dikkatli bir şekilde ele alması,
- Menopozal dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesini arttırmak için uykusuzluk sorununun bir hemşirelik tanısı olarak ele alınıp, uygun amaç, planlama, girişim ve değerlendirmeye sonuçlandırılması,
- Menopozal dönemdeki kadınlarda uykusuzluğa neden olan faktörlerin saptanıp buna yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve eğitim verilerek kadınların bilinçlendirilmesi,
- Kitle iletişim araçları aracılığı ile menopozal dönemde yaşanan uyku sorunları, nedenleri, alınacak önlemler ve uyku hijyeni konusunda kadınların bilinçlendirilmesi,
- Menopozal dönemde yaşanan sıcak basmaları ile uykusuzluk sorunu arasındaki ilişkinin nedensel olduğunu destekleyen randomize kontrollü çalışmaların yapılması,

- Menopozal dönemde uykusuzluk sorunu yaşayan kadınlara yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğini inceleyen kanıta dayalı araştırmaların planlanması önerilebilir.

6.ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler

“Halime Esra KAL”

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2010

Menopozal dönemde, hormonal değişiklikler sonucunda birçok sorun yaşanmaktadır. Bu sorunların en önemlilerinden birisi de uyku sorunlarıdır.

Bu araştırma, menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla kesitsel türde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini; 45–59 yaş arası toplam 5180 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde önerilen (Lwanga ve Lemeshow 1991) bir tablodan yararlanılarak, örnek büyüklüğü 380 olarak bulunmuştur. Orantılı seçim yöntemiyle sağlık ocaklarından örneklem alınacak kadın sayısı belirlendikten sonra, kadınlar basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan 21 soruluk anket formu ve Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Veriler 1 Ocak – 28 Şubat 2010 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Pearson ve Spearman Korelasyon Analizi ve Multiple Regresyon Analizi kullanılmıştır. Çoklu Regresyon Analizi’nde Backward Stepwise Modeli kullanılmıştır.

Kadınların %54,2’sinin uykusuzluk sorunu olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoz durumu ile KSİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Son görülen adet zamanı, son dört hafta içindeki yaklaşık uyku süresi, gece terlemeleri yaşama, sürekli ilaç kullanımı, son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama, yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olarak değerlendirilmesi ve uykusuzluk sorunu yaşama durumunun menopozal dönemde olan kadınlardaki uykusuzluk sorununu %83 oranında açıkladığı saptanmıştır.

Sonuç olarak perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların, premenopozal dönemdeki kadınlara göre daha fazla uyku sorunu yaşadığı saptanmıştır. Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku durumunu menopozal durum dışında birçok faktörün etkilediği belirlenmiştir.

Menopozal dönemde yaşanan uyku sorununun kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve bundan dolayı hemşirelik yaklaşımının; uygun destek ve eğitimi içermesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: menopoz; uyku sorunları; ilişkili faktörler.

7. SUMMARY

Sleeping Problems Among Menopausal Women and Related Factors

During the menopausal period, many problems are experienced due to hormonal changes. One of the major problems is sleeping problems.

This study was carried out cross-sectionally in order to determine sleeping problems among menopausal women and related factors.

The women with the total of 5180 between the ages of 45 and 59 formed the universe of the study. The size of samples were found as 380 through a table (Lwanga and Lemeshow 1991) that is suggested for the determination of their rates in a society in order to determine the sample size of the study. The women were selected through simple randomly sampling method after the determination of the number of women who will be selected from health centers via proportional selection. During the collection of data, a questionnaire form of 21 questions formed by the researcher and Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale were used. The data was obtained by the researcher through face to face meetings during the home visits between January 1 and February 28, 2010. In the analysis of data, numbers, percentage, medium, standard deviation, Mann Whitney U, Variance Analysis of Kruskal Wallis, Correlation Analysis of Pearson and Spearman and Multiple Regression Analysis were used. The Backward Stepwise Model was used in the analysis of Multiple Regression Analysis was used.

54,2% of women were determined to have sleeping problems. A significant relations was determined between the menopausal status and their WHIIRS scores ($p < 0,05$). The date of last menstruation, approximate sleeping periods during last four weeks, experiencing night sweats, being on continuous medication, experiencing any health-related problems during last four weeks, evaluating the temperature in the bedroom as too hot or too cold and the status of experiencing sleeping problems were determined to explain the sleeping problems among the women at their menopausal ages in the rate of 83%.

In conclusion, the women at their perimenopausal and postmenopausal ages experienced the sleeping problems more frequently than that of premenopausal age. Many factors that affecting the sleeping status of women at their menopausal ages except the menopausal status of them.

It can be said that the sleeping problems problems that are experienced during the menopausal period affects the life quality of women negatively and thus nursing approach should include convenient support and education.

Keywords: menopause; sleeping problems; related factors.

8. KAYNAKLAR

1. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7: 107-15.
2. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M, Telcioğlu M, Semiz ÜB, Başoğlu C. Epworth uykululuk ölçeği'nin geçerliği ve güvenirliliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10 (4): 261-7.
3. Akdemir N. Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. Editörler: Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İkinci baskı, Ankara, Sistem Ofset; 2004: 129-39.
4. Altıntaş H, Sevensan F, Aslan T, Cinel M, Çelik E, Onurdağ F. HÜTF dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. Sted, 2006;15(7): 114-9.
5. Atasü T, Gezer A. Menopoz: tanım ve terminoloji. Editör: Atasü T. Menopoz, tedavisi ve kanser. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2001: 13-26.
6. Atasü T, Güreli N. Sağlıklı menopoz. İstanbul, Özgür Yayın Dağıtım; 2007: 8-213.
7. Atasü T, Tekin Hİ. Menopozun semptomları. Editör: Atasü T. Menopoz, tedavisi ve kanser. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2001: 109-35.
8. Batmaz F. Osteoporoz, osteoporoza bağlı ağrı ve tedavisi. Editör: Hassa H. Klinikte menopoz "değerlendirme ve yönetim". Gestet Basım Tanıtım Hizmetleri ve Tic. LTD. ŞTİ. Organon Yayınları; 1996: 39-52.
9. Bayık A. Hemşirelik araştırmalarında etik. Editör: Erefe İ. Hemşirelikte araştırma, ilke, süreç ve yöntemleri. Üçüncü baskı, Ankara, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği (HEMAR-GE); 2004: 27-48.
10. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi. Aile ve Toplum Dergisi, 2002;2(5). Erişim adresi: <http://www.aile.gov.tr/raporlar/Aile%20ve%20toplum5.pdf>, Erişim tarihi: 12.05.2009.
11. Bayraktar Görgel E, Çakıroğlu FP. Menopoz döneminde kadın. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi;2007:1-80.
12. Baysal A. Besinler. Editör: Baysal A. Beslenme. Dokuzuncu Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2002:329.
13. Bezircioğlu İ, Gülseren R, Öniz A, Kındıroğlu N. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon, anksiyete ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004;15 (3):199-207.
14. Biri A, Bakar C, Maral I, Bumin MA, Güner H. Kırk yaş üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopozla ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavisi kullanma durumları. Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 2004;14 (2): 75-83.
15. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, Sommer B, Cordal A, Powell L, Ganz PA, Sutton-Tyrrell K. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. American Journal of Public Health, 2001; 91 (9): 1435-42.
16. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2008;15 (5):958-62.
17. Chokroverty S, Bhatt M, Goldhammer T. Polysomnographic recording technique. In: Chokroverty S, Bhatt M, Thomas RJ, editors. Atlas of sleep medicine. USA, Elsevier Butterworth Heinemann; 2005: 1-28.
18. Chung KF, Tang MK. Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women. Maturitas: The European Menopause Journal, 2006;53: 396-404.

- 19.Çakırcalı E. Uyku ve dinlenme. Editör: Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. Üçüncü baskı, İzmir, Nobel tıp Kitabevi;2000: 25-36.
- 20.Çiftçi TU, Köktürk O. Uyku laboratuvarında uyku yeterliliğini etkileyen faktörler. Akciğer Arşivi, 2004;5: 135-138.
- 21.Danacı AE, Oruç S, Adıgüzel H, Yıldırım Y, Aydemir O. Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period. West Indian Med J, 2003; 52 (1): 27-30.
- 22.Derman S. Menopoz ve uyku bozuklukları. Editör: Atasü T. Menopoz, tedavisi ve kanser. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2001:137-50.
- 23.Durmuşoğlu F, Erenus M. Nörovegetatif semptomlar. Editörler: Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Menopoz ve osteoporoz. İstanbul, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayını; 2000: 23-27.
- 24.Elavsky S, McAuley E. Lack of perceived sleep improvement after 4-month structured exercise programs. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2007; 14 (3): 535-40.
- 25.Engin E, Dülgerler Ş, Kavlak O, Ertem G. Menopoz sonrası kendilik algısı, problem çözme becerileri ve umutsuzluk. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;22 (1):135-145.
- 26.Ensrud KE, Stone KL, Blackwell TL, Sawaya GF, Tagliaferri M, Diem SJ. Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2009;16 (2):286-92.
- 27.Ertuğrul A, Rezaki M. Uyku nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004;15 (4):300-8.
- 28.Ertüngealp E. Menopoz ve osteoporoz tarihçesi. Editörler: Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Menopoz ve osteoporoz. İstanbul, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayını; 2000: 1-10.
- 29.Ertüngealp E. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ve Türk Jinekoloji Derneği "Hormon Replasman Tedavisi" konsensus grubu kararları. Artemis, 2003;4 (1):7-8.
- 30.Eryavuz K, Üstün C. Menopozda östrojen tedavisi. T Klin Tıp Bilimleri, 1992;12: 86-90.
- 31.Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002;3: 108-12.
- 32.Ford K, Sowers MF, Crutchfield M, Wilson A, Jannausch M. A longitudinal study of the predictors of prevalence and severity of symptoms commonly associated with menopause. The Journal of The North American Menopause Society, 2005;12 (3): 308-17.
- 33.Freedman RR. Menopausal hot flashes. In: Lobo RA, Kelsey J, Marcus R, editors. Menopause: biology and pathobiology. USA, Academic Press; 2000:215-27.
- 34.Freedman RR, Roehrs TA. Lack of sleep disturbance from menopausal hot flashes. Fertil Steril, 2004; 82: 138-144.
35. Freedman RR, Roehrs TA. Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash-induced sleep disturbance. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2006;13 (4): 576-83.
- 36.Freedman RR, Roehrs TA. Sleep disturbance in menopause. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2007;14 (5): 826-29.
- 37.Gezer A, Şentürk LM, Ertüngealp E. Klimakteriyum. Editörler: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın hastalıkları ve doğum. İkinci baskı, İstanbul, Güneş Kitabevi;2006: 1523-49.

38. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Monteleone P, Benussi C, Gemma B, Vacca F, Genazzani AR. Effects of low-dose, continuous combined hormone replacement therapy on sleep in symptomatic postmenopausal women. *Maturitas: The European Menopause Journal*, 2005; 50: 91-7.
39. Gupta P. Ethnic differences in the perception of menopause. 8th European Congress on Menopause (EMAS) / *Maturitas* 63, 2009: S18.
40. Hachul H, Bittencourt LRA, Soares JM, Tufik S, Baracat EC. Sleep in post-menopausal women: Differences between early and late post-menopause. *Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology*, 2009: 1-4.
41. Hotun Şahin N. Bir kilometre taşı: menopoz. İstanbul, Çevik Matbaacılık; 1998: 9-106.
42. Hsu HC, Lin MH. Exploring quality of sleep and its related factors among menopausal women. *Journal of Nursing Research*, 2005;13 (2):153-63.
43. IMS (International Menopause Society) 1999. Menopause terminology. Erişim adresi: http://www.imsociety.org/menopause_terminology.html. Erişim tarihi: 19.05.2009.
44. Ishizuka B, Kudo Y, Tango T. Cross-sectional community survey of menopause symptoms among Japanese women. *Maturitas*, 2008; 61: 260-7.
45. Işık G, Vural G. Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2001: 39-48.
46. Joffe H, Soares CN, Thurston RC, White DP, Cohen LS, Hall JE. Depression is associated with worse objectively and subjectively measured sleep, but not more frequent awakenings, in women with vasomotor symptoms. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2009;16 (4): 1-9.
47. Jones DL. A woman's middle years: menopause. In: Jones DL editors. *Fundamentals of obstetrics and gynaecology*. London, Mobsy; 1999: 329-34.
48. Jones C, Czajkowski L. Evaluation and management of insomnia in menopause. *Clinical Obstetric and Gynecology*, 2000;43 (1):184-197.
49. Judd HL. Menapoz ve post menopoz. Çevirenler: Karabacak O, Göl K. Editör: Pernoll ML. *Çağdaş obstetrik ve jinekolojik teşhis ve tedavi. İkinci cilt*, İstanbul, Barış Kitabevi; 1994:1328-57.
50. Karadağ M, Ursavaş A. Dünyada ve Türkiye'de uyku çalışmaları. *Akciğer Arşivi*, 2007; 8: 62-4.
51. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2008;1: 159-66.
52. Kaynak H. Polisomnografi endikasyonları. *Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi* No: 42, 2005: 233-6.
53. Keser Özcan N. Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı. Editör: Akça Ay F. *Temel hemşirelik: kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İkinci baskı*, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008: 409-21.
54. Keskinoglu P, Özkul Ö, Ayan R, Norgaz G, Giray H, Kılıç B. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde 50-54 yaş arası kadınlarda menopoz durumu ile diğer etmenlerin depresyon görülme sıklığına etkisi. *Sted*;2006;15 (2): 31-7.
55. Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2007;15 (59):82-90.
56. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Tyrrell KS, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2003;10 (1): 19-28.

57. Krishnan V, Collop NA. Gender differences in sleep disorders. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 2006;12: 383-9.
58. Lee-Chiong TL. Medications and their effects on sleep. In: Lee-Chiong TL, editor. *Sleep Medicine: Essentials and Review*. United States of America, Oxford University Press, 2008; 461-92.
59. Lee-Chiong TL. Insomnia. In: Lee-Chiong TL, editor. *Sleep Medicine: Essentials and Review*. United States of America, Oxford University Press, 2008; 73-131.
60. Lee KA, Kryger M. Women and sleep. *Journal of Women's Health*, 2008;17 (7):1189-90.
61. Levine DW, Kripke DF, Kaplan RM, Lewis MA, Naughton MJ, Bowen DJ, Shumaker SA. Reliability and validity of the Women's Health Initiatives Insomnia Rating Scale. *Psychological Assessment*, 2003; 15 (2): 137-48.
62. Levine DW, Dailey ME, Rockhill B, Tipping D, Naughton MJ, Shumaker SA. Validation of the women's health initiative insomnia rating scale in a multicenter controlled clinical trial. *Psychosomatic Medicine*, 2005;67: 98-104.
63. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization; 1991:25.
64. Magowan B. Menopause. In: Magowan B, editor. *Obstetrics and gynaecology*. Second edition, Toronto, Harcourt Publishers Limited; 2000: 199-202.
65. Manber R, Kuo TF, Cataldo N, Colrain IM. The effects of hormone replacement therapy on sleep-disordered breathing in postmenopausal women: a pilot study. *Sleep*, 2003; 26 (2): 163-8.
66. Mitler MM, Carskadon MA, Hirshkowitz M. Evaluating sleepiness. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine*. Fourth edition, Elsevier Saunders; 2005: 1417-51.
67. Moe KE. Hot flashes and sleep in women. *Sleep Medicine Reviews*, 2004; 8: 487-97.
68. Moe KE. Menopause. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine*. Forth edition, Philadelphia, Elsevier Saunders; 2005: 1287-96.
69. Moline ML, Broch L, Zak R, Gross V. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. *Sleep Medicine Reviews*, 2003;7 (2): 155-77.
70. Montplaisir J, Lorrain J, Denesle R, Petit D. Sleep in menopause: differential effects of two forms of hormone replacement therapy. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2001; 8, (1):10-6.
71. Northrup C. Menopoz gerçeği. Birinci baskı, İstanbul, Akdeniz Yayıncılık; 2005: 15-559.
72. Nowakowski S, Meliska CJ, Martinez LF, Parry BL. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2009;9: 165-72.
73. Ohayon MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Arch Intern med*, 2006;166 (26): 1262- 8.
74. Owens JF, Matthews KA. Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas: The European Menopause Journal*, 1998; 30: 41-50.
75. Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2001;5: 41-8.
76. Özkan S. Klimakteriyum ve menopoz. Editörler: Şirin A, Kavlak O. *Kadın sağlığı*. Birinci baskı, İstanbul, Bedray Yayıncılık;2008: 234-58.
77. Öztürk CŞ, Güneş H. Menopozla ilişkilendirilen belirtiler üzerine psikodramanın etkisi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 2007;21 (3): 160-7.

78. Parry BL. Sleep disturbances at menopause are related to sleep disorders and anxiety symptoms. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2007; 14 (5): 812-4.
79. Partinen M, Gislason T. Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ): a quantitated measure of subjective sleep complaints. *J. Sleep Res.* 1995; 4 (1): 150-5.
80. Polo-Kantola P, Erkkola R, Irjala K, Helenius H, Pullinen S, Polo O. Climacteric symptoms and sleep quality. *Obstetrics and Gynecology*, 1999;94 (2): 219-24.
81. Polo-Kantola P, Saaresranta T, Polo O. Aetiology and treatment of sleep disturbances during perimenopause and postmenopause. *CNS Drugs*, 2001; 15 (6): 445-52.
82. Polo-Kantola P, Rauhala E, Helenius H, Erkkola R, Irjala K, Polo O. Breathing during sleep in menopause: a randomized, controlled, crossover trial with estrogen therapy. *Obstetrics and Gynecology*, 2003; 103 (2): 68-75.
83. Regestein QR, Friebely J, Shifren JL, Scharf MB, Wiita B, Carver J, Schiff I. Self-reported sleep in postmenopausal women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2004;11 (2): 198-207.
84. Regestein QR. Hot flashes and sleep. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2006;13 (4):549-52.
85. Rendall MJ, Simonds LM, Hunter MS. The Hot Flush Beliefs Scale: A tool for assessing thoughts and beliefs associated with the experience of menopausal hot flushes and night sweats. *Maturitas: The European Menopause Journal*, 2008; 60: 158–169.
86. Rhodes P. Absent or missing periods. In: Rhodes P, editor. *Gynaecology for everywoman*. First edition, England, Haigh and Hochland Publications Ltd; 1996: 31-4.
87. Rosenthal MB. Epidemiology, sleep, and menopause. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2003;10 (1):4-5.
88. Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P. Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2005;32 (2):77-83.
89. Sarti CD, Chiantera A, Graziottin A, Ognisanti F, Sidoli C, Mincigrucci M, Parazzini F, Gruppo di Studio IperAOGOI. Hormone therapy and sleep quality in women around menopause. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2005;12 (5): 545-51.
90. Scharf MB, McDannold MD, Stover R, Zaretsky N, Berkowitz DV. Effects of estrogen replacement therapy on rates of cyclic alternating patterns and hot-flush events during sleep in postmenopausal women: A pilot study. *Clin. Ther.* 1997; 19 (2):304-11.
91. Selam B, Topçuoğlu A. Menopozda hormon replasman tedavisi kullanımı ile ilgili tartışmalar ve güncel yaklaşım. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004;3: 38-43.
92. Seyisoğlu H. Postmenopozal dönemde kardiyovasküler sistem. Editörler: Ertüngealp E, Seyisoğlu H. *Menopoz ve osteoporoz*. İstanbul, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayını; 2000: 96-104.
93. Shneerson JM. Drugs and sleep. In: Shneerson JM, editor. *Sleep medicine: a guide to sleep and its disorders*. Second edition, UK, Blackwell Publishing 2005: 76-106.
94. Shneerson JM. Obstructive sleep apnoeas and snoring. In: Shneerson JM, editor. *Sleep medicine: a guide to sleep and its disorders*. Second edition, UK, Blackwell Publishing 2005: 229-61.
95. Sinclair C. Menopause. In: Sinclair C, editor. *A midwife's handbook*. USA, an Imprint of Elsevier Saunders; 2004: 532-57.

96. Smith RP. Genetik ve endokrin durumlar. Çeviren: Yoldemir T. Çeviri Editörleri: Erenus M, Yoldemir T. Netter Obstetri, jinekoloji ve kadın sağlığı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri; 2008: 370-2.
97. Soares CN, Arsenio H, Joffe H, Bankier B, Cassano P, Petrillo LF, Cohen LS. Escitalopram versus ethinyl estradiol and norethindrone acetate for symptomatic peri- and postmenopausal women: impact on depression, vasomotor symptoms, sleep, and quality of life. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2006;13 (5): 780-6.
98. Sözeri Varma G, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. New Symposium Journal, 2006;44 (4): 182-8.
99. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi; 2002: 1-269.
100. Şen E, Sevil Ü. Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2008; 16 (62): 136-42.
101. Taşkın L. Kadın hayatının devreleri. Editör: Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Yedinci baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık; 2005: 521-32.
102. Thomson J, Oswald I. Effect of oestrogen on the sleep, mood, and anxiety of menopausal women. Br. Med. J. 1977; 2: 1317-9.
103. Thurstan RC, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A. Association between hot flashes, sleep complaints, and psychological functioning among healthy menopausal women. International Journal of Behavioral Medicine, 2006; 13 (2): 163-72.
104. Timur S. Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2008.
105. Timuralp B. Menopoz ve kardiyovasküler sistem. Editör: Hassa H. Klinikte menopoz “değerlendirme ve yönetim”. Gestet Basım Tanıtım Hizmetleri ve Tic. LTD. ŞTİ. Organon Yayınları; 1996: 13-25.
106. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2008. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf. Erişim tarihi: 20.02.2010.
107. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2006;3 (4): 281-7.
108. Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004;1-11.
109. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2007. Nüfus ve kalkınma göstergeleri. Erişim adresi: <http://nkg.tuik.gov.tr/tum.asp?gosterge=1&Submit=G%F6r%FCnt%FCle>. Erişim tarihi: 10.06.2009.
110. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. Maturitas: The European Menopause Journal, 2009; 62: 153–159.
111. WHO (World Health Organization)1996. Progress in human reproductive research. Progress, No. 40:1-8. Erişim adresi : http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/40/news40_1.en.html. Erişim tarihi: 10.06.2009.
112. Yalçın ÖT. Menopozal dönemde üriner inkontinans ve tedavisi. Editör: Hassa H. Klinikte menopoz “değerlendirme ve yönetim”. Gestet Basım Tanıtım Hizmetleri ve Tic. LTD. ŞTİ. Organon Yayınları; 1996: 53-73.

113. Yıldırım A. Menopozda oluşan fizyolojik değişiklikler. Editör: Hassa H. Klinikte menopoz “değerlendirme ve yönetim”. Gestet Basım Tanıtım Hizmetleri ve Tic. LTD. ŞTİ. Organon Yayınları; 1996: 1-12.
114. Young T, Finn L, Austin D, Peterson A. Menopausal status and sleep-disordered breathing in the wisconsin sleep cohort study. [Am J Respir Crit Care Med](#). 2003;167(9):1181-5.
115. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. F.Ü. Sağ. Bil. Derg. 2007;21 (5): 187-93.
116. Zeren Bilgin İ, Bilgin O. Menopoz ve deri. Editörler: Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Menopoz ve osteoporoz. İstanbul, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayını; 2000: 90-5.

9.EKLER

EK-A

Anket Formu

1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız.....

2. Medeni Durumunuz:

1.Evli

2.Bekar

3.Eşi ölmüş

4.Boşanmış

5.Ayrı yaşıyor

3. Öğrenim Düzeyiniz:

1.Okur-yazar değil

2.Okur-yazar/İlkokul

4.Ortaokul

5.Lise ve üzeri

4. Mesleğiniz:

1.Çalışıyor.....

2.Çalışmıyor

5. Aylık Geliriniz:TL.

6. Algılanan gelir durumu:

1.İyi 2.Orta 3.Kötü

7. Boyunuz:m. Kilonuz:kg. BKİ (kilo-kg/boy-m²):

.....

2. OBSTETRİK ÖZELLİKLER

8. Gebelik sayınız:.....

9. Doğum sayınız:.....

10. Yaşayan çocuk sayınız:.....

3. MENOPOZ ÖYKÜSÜ

11. En son ne zaman adet gördünüz?

12. Aşağıdaki ifadelerden size uygun olan birisini seçiniz.

1. Son bir ya da iki yıldır adetlerim düzensiz.
2. Adetten kesilmeden önceki bir ya da iki yıl adetlerim düzensizdi ve son bir yıldır hiç adet görmedim.
3. Bir yıldan fazla süredir adet görmüyorum.

4. UYKU KALİTESİNİ ETKİLEYEBİLECEK ÖZELLİKLER

13. Aşağıdaki ifadeleri evet ya da hayır şeklinde işaretleyiniz.

Uyku kalitesini etkileyebilecek özellikler	Evet	Hayır
1. Ateş basması yaşama		
2. Gece terlemeleri yaşama		
3. Sigara kullanma		
4. Kahve tüketimi		
5. Çay tüketimi		
6. Stres yaşama		
7. Düzenli egzersiz yapma		
8. Sürekli kullanılan ilaç		
9. Son dört hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama		
10. Kronik hastalık (şeker, yüksek tansiyon, kalp-damar hastalığı, osteoporoz gibi) varlığı		
11. Psikiyatrik hastalık öyküsü (Ruhsal sorun yaşama)		
12. Horlama		
13. Günlük yapılan işlerin yorucu olması		
14. Oturulan bölgede gürültüden rahatsız olma		
15. Yatak odası ısısının çok sıcak ya da soğuk olması		

5. UYKU DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

14. Son dört hafta içinde günde yaklaşık kaç saat uyudunuz?
.....saat.

15. Şimdiki uykunuz ile geçmişteki uykunuz arasında fark var mı?

1. Evet

2. Hayır

16. Uykusuzluk sorununuz olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

Yanıtınız evetse 17, 18, 19 ve 20. soruları yanıtlayınız.

17. Uykusuzluk sorununuz ne zamandır
var?.....gün/ay/yıl.

18. Ne sıklıkta gün içinde kendinizi uykusuz hissedersiniz?

1. Her gün

2. Haftada 1 kez

3. Haftada 2 ve 2'den fazla

19. Aşağıdaki ifadeleri evet ya da hayır şeklinde işaretleyiniz

Uykusuzluğa bağlı gün içinde kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	Evet	Hayır
1. Gergin ve sinirli		
2. Huzursuz		
3. Yorgun/Halsiz		
4. Algılama güçlüğü yaşama		
5. Gün içinde uykuya meyil		
6. Baş ağrısı / Baş dönmesi		
7. Diğer.....		

20. Uykusuzluk sorununuzu gidermek için herhangi bir şey yapıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

Yanıtınız evetse ne yapıyorsunuz (Aşağıdaki ifadeleri evet ya da hayır şeklinde işaretleyiniz)?

Uykusuzluk sorunu gidermek için:	Evet	Hayır
1. Sessiz ve loş bir odaya geçiyorum.		
2. Ilık ya da serin bir odaya geçiyorum.		
3. Rahat ve terletmeyen kıyafetler giyiyorum.		
4. Fazla hareket gerektirmeyen bir uğraşta bulunuyorum (Kitap okuma gibi).		
5. Süt içiyorum / yoğurt yiyorum.		
6. Ilık bir banyo yapıyorum.		
7. İlaç alıyorum.		
8. Akupunktur yaptırdım.		
9. Bitki çayları tüketiyorum.		
10. Diğer.....		

21. Gündüzleri uyur musunuz?

1. Evet

2. Hayır

Yanıtınız evetse:

Gündüzleri ne sıklıkta uyursunuz?

1. Her gün

2. Haftada 1 kez

3. Haftada 2 ve 2'den fazla

Gündüz yaklaşık uyku süreniz ne kadardır?.....

EK-B

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği-KSİUÖ

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

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

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

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

EK-C

Konya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Eğitim Şube Müdürlüğü) Alınan İzin Belgesi

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :B.10.ISM.4.42.009/ 773.99-
Konu : Arşt.Görv.Halime Esra KAL'ın
Araştırma yapması

031113 24.08.2009

VALİLİK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi, Konya Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi Halime Esra KAL'ın "Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler" konulu yüksek lisans tez araştırmasını Karatay ilçesine bağlı 15 nolu sağlık ocağında, Selçuklu ilçesine bağlı 17 nolu sağlık ocağında, Meram ilçesine bağlı 10 nolu sağlık ocağında yapmasını, Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
Sağlık Müdürü

OLUR:

24.08/2009
Abdulhak ETİL
Vali a.
Vali Yardımcısı

24./08/2009 Şef :S.BAŞKÖSE
24./08/2009 Şub.Müd. :A.ŞAKIR
24./08/2009 Sağ.Md.Yrd. : Ö.ÜNSAL

23.08/2009
Ömer ÜNSAL
İl Sağlık Müd. Yrd.

Kazım Karabekir Caddesi No: 14 42040-Selçuklu/KONYA Ayrıntılı Bilgi için irtibat Eğitim Şubesi Telefon:
(0332)3511832(186 İçhat) Fax:(0332)3517268 e-posta:konyasm.gov.tr Elektronik Ağ:www.konyasm.gov.tr.

EK-D

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Konya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi

KONYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURUL KARARLARI	
Toplantı Sayısı: 02	Toplantı Tarihi:30-09-2009
Karar Sayısı:2009/002:Konya Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç.Dr. Emel EGE'nin "Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 25.09.2009 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü; yüksek lisans tez çalışmasının Konya Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç.Dr. Emel EGE'nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.	
ASLI GİBİDİR 30-10-2009 Prof.Dr. Rahmi ÖRS Etik Kurul Başkanı	

EK-E

Kadın Sağlığı İnisiatifi Uykusuzluk Ölçeği'nin Kullanım İzni

Kimden:  **sermin timur** (setimur@gmail.com)

Gönderme tarihi:10 Temmuz 2009 Cuma 09:44:15

Kime: Halime Esra KAL (esrakal87@hotmail.com)

Sayın KAL,

Tezimi okuma fırsatı bulduğunuz ve çalışmanızda kullanmak istediğiniz için çok mutlu oldum, Geçerlilik ve Güvenirliliğini yaptığımız, "Kadın Sağlığı İnisiatifi Uykusuzluk Ölçeği"ni rahatlıkla kullanabilirsiniz, Başarılarınızın devamını dilerim.

Öğr. Grv. Dr. Sermin TİMUR

İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu.

10. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Konya’da doğdu. İlköğretim öğrenimini Konya Meram Zafer İlköğretim Okulu’ nda ve liseyi Konya Meram Muhittin Güzelkılınç Lisesi’ nde tamamladı. 2004 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2008 yılında mezun oldu. 2008 yılında S.Ü. Konya Sağlık Yüksekokulu’ nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.