

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARA UYGULANAN
AROMATERAPİNİN UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Tezi Hazırlayan
Meryem GÜRLER

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Ocak 2017
NEVŞEHİR

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARA UYGULANAN
AROMATERAPİNİN UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Tezi Hazırlayan
Meryem GÜRLER

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK

Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından NEÜLÜP15F14 kodlu proje ile desteklenmiştir.

Ocak 2017

NEVŞEHİR

Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK ve Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER danışmanlığında Meryem GÜRLER tarafından hazırlanan “Menopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

20/01/2017

JURİ

Başkan: Prof. Dr. Nimet KARATAŞ

İmza:

Üye: Yrd. Doç. Dr. Bahtişen KARTAL

İmza:

Üye: Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK

İmza:

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 10.02.2016 tarih ve 10-65... sayılı kararı ile onaylanmıştır.



TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıfta yapıldığını bildiririm.



Meryem GÜRLER

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam boyunca her tűrlű destek ve yardımlarını esirgemeyen tez danıőmanlarım Yrd. Doç. Dr. Aynur Kızılırmak ve Prof. Dr. Műrűvvet Baőer'e, tezimin istatistiksel analizine yardım eden ve zaman ayıran Doç. Dr. Ahmet Őztűrk'e, araőtırmanın uygulanması sırasında verdikleri katkı için Cacabey Aile Saėlıėı Merkezi çalıőanlarına, araőtırmaya katılan tűm kadınlara, tezin tűm aőamalarında destekleriyle yanımda olduklarını hissettiren bűtűn arkadaőlarım, her zaman maddi ve manevi destekleriyle yanımda olduklarını hissettiren aileme ve Nevőehir Hacı Bektaő Veli Őniversitesi BAP Birimi'ne teőekkűrlerimi sunuyorum.



**MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARA UYGULANAN AROMATERAPİNİN
UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Meryem GÜRLER

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÖZET

Menopoz menstruasyonun kesilmesi yani doğurganlığın bitmesinin gerçekleştiği ve sonrasında fiziksel ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir. Menopozun başlaması ile hormonların seviyesindeki düşüşler vazomotor semptomlarla birlikte uyku kalitesinde bozulmalara sebep olmaktadır.

Çalışma menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uyku ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla ön test ve son test düzende, kontrol gruplu deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Çalışma Kırşehir il merkezinde Cacabey Aile Sağlığı Merkezi' ne kayıtlı bulunan, çalışma kriterlerine uyan 27'si müdahale, 30'u kontrol grubu olmak üzere toplam 57 kadın ile yürütülmüştür. Çalışmada veriler; Birey Tanıtım Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada etik kurul onayı, kurum izni ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır. Müdahale grubundaki kadınlara esansiyel yağ (citrus limon ve lavandula angustifolia) ile buhar inhalasyonu, kontrol grubundaki kadınlara esansiyel yağ olmadan buhar inhalasyonu 30 gün boyunca uygulanmıştır. Her iki gruba ilk görüşmede ve son görüşmede PUKİ VE MÖYKÖ yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk, ki-kare, MC pearson, Mann-Whitney U ve Wilcoxon t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Müdahale grubunun aromaterapi öncesi PUKİ toplam puanı 14.85 ± 1.23 iken, kontrol grubunun uygulama öncesi PUKİ toplam puanı 15.20 ± 0.92 bulunmuştur. Aromaterapi sonrası müdahale grubunun PUKİ toplam puanı 9.74 ± 2.12 , kontrol grubunun PUKİ toplam puanı 14.60 ± 1.10 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmanın sonucunda, menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uyku kalitesini artırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Uyku Kalitesi, Aromaterapi, Lavanta yağı

**THE EFFECT OF AROMATHERAPY ON SLEEP AND QUALITY OF LIFE IN
MENOPAUSAL WOMEN**

M. Sc. Thesis

Meryem GÜRLER

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF SCIENCE

ABSTRACT

This is a period which menstrual period stops and pregnancy rules out and also, physical and psychological changes could be seen in. When menopause started, together with decreases in hormone levels and vasomotor symptoms, sleep quality changes.

This study was conducted to determine the effect of aromatherapy on sleep and quality of life in menopausal women as experimental with pre-post test design and control group.

The study was completed with 57 women who registered in Cacabey Family Health Center in Kırşehir city center, of them; 27 were as study, 30 were as control group. Data was collected by using Person Informative Form, Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) and The Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) Questionnaire. Ethical committee consent, institutional consent and written consents of the participants were taken. Vapor inhalation with essential oil (citrus lemon and lavandula angustifolia) for the study group and vapor inhalation with out essential oil for the control group were performed during 30 days. For every groups PSQI and MENQOL were practiced at the first and last views by face to face interview technique. For statistical analysis, Shapiro-Wilk, chi-square, MC pearson, Mann-Whitney U and Wilcoxon t tests with Pearson correlation analysis were used.

It is found that PSQI total score was 14.85 ± 1.23 in the study group before aromatherapy and this score was 15.20 ± 0.92 for the control group, before practice. Also, after aromatherapy PSQI was 9.74 ± 2.12 for the study group and 14.60 ± 1.10 for the control group. The difference between groups was significant as statistically ($p < 0.001$). After the study, it is determined that aromatherapy increased the sleep quality of menopausal women.

Keywords: Menopause, Sleep Quality, Aromatherapy, Lavender oil.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ.....	1
2. BÖLÜM.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Menopozal Dönem.....	5
2.1.1. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler.....	6
2.1.1.1. Fiziksel Değişiklikler.....	6
2.1.1.2. Psiko-sosyal Değişiklikler.....	8
2.2. Uyku ve Uyku Fizyolojisi.....	9
2.2.1. NREM Dönemi.....	10
2.2.2. REM Dönemi.....	11
2.3. Uyku Gereksinimi.....	11
2.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	11

2.5.	Uyku Problemleri.....	12
2.5.1.	Uykusuzluk (insomnia).....	12
2.6.	Menopozal Dönemde Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler.....	13
2.7.	Uyku Problemleri ile Baş Etmede Non Farmakolojik Yöntemler.....	15
2.7.1.	Davranışsal Yöntem.....	15
2.7.2.	Bilişsel Yöntem.....	16
2.7.3.	Dokunsal Yöntem.....	16
2.7.4.	Bitkisel Yöntem.....	17
2.8.	Menopozal Dönemde Uyku Kalitesine Hemşirelik Yaklaşımları.....	18
3.	BÖLÜM.....	20
MATERYAL VE METOD.....		20
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	20
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
3.4.	Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	23
3.5.	Araştırmaya Sonlanma Ölçütleri.....	23
3.6.	Verilerin Toplanması.....	24
3.6.1.	Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	24
3.6.1.1.	Birey Tanıtım Formu (EK I).....	24
3.6.1.2.	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK II).....	24
3.6.1.3.	Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK III).....	25
3.6.1.4.	Müdahale Grubu İnhale Uygulama Rehberi (EK IV).....	26
3.6.1.5.	Kontrol Grubu İnhale Uygulama Rehberi (EK V).....	26

3.6.1.6.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK VI ve EK VII).....	27
3.6.2.	Ön Uygulama.....	27
3.6.3.	Uygulama.....	27
3.6.3.1.	Müdahale Grubuna Yapılan İşlemler.....	28
3.6.3.2.	Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler.....	29
3.7.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.7.1.	Bağımsız Değişkenler.....	30
3.7.2.	Bağımlı Değişkenler.....	30
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.9.	Araştırmanın Etik Boyutu.....	31
4.	BÖLÜM.....	32
	BULGULAR.....	32
5.	BÖLÜM.....	46
	TARTIŞMA ve SONUÇ	46
	KAYNAKLAR.....	51
	EKLER.....	67
	ÖZGEÇMİŞ.....	80

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.2.	Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4.3.	Müdahale ve Plasebo Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası PUKİ Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Ortancalarının ve Farklarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.4.	Müdahale ve Plasebo Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası PUKİ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Yüzde Değişiminin, Ortancalarının ve Ortalamalarının Dağılımı.....	38
Tablo 4.5.	Müdahale ve Plasebo Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ Alt Puan Ortalamalarının, Ortancalarının ve Farklarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.6.	Müdahale ve Plasebo Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ Alt Puan Ortalamalarının Yüzde Değişiminin, Ortancalarının ve Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.7.	Müdahale Grubu PUKİ Alt Boyut ve Toplam ile MÖYKÖ Alt Boyut ve Toplam Değişkenlerinin Yüzde Değişiminin Birbirleri ile İlişkileri....	42
Tablo 4.8.	Plasebo Grubu PUKİ Alt Boyut ve Toplam ile MÖYKÖ Alt Boyut ve Toplam Değişkenlerinin Yüzde Değişiminin Birbirleri ile İlişkileri.....	44

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil3.1.	Örnekleme Diyagramı.....	21
-----------	--------------------------	----



KISALTMALAR LİSTESİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
LH	: Luteinizan Hormon
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
NREM	: NonRapidEyeMovement
<i>p</i>	: Anlamlılık düzeyi
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Kadın yaşamı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşur. Bu dönemlerin her biri kendine özgü fiziksel, psikişik, hormonal farklılıklar içerir. Her dönemin kendine göre özellikleri olması ile birlikte, menopoz dönemi kadın yaşamındaki etkileri ile önemli dönemlerden birini oluşturmaktadır [1-4]. Dünya genelinde menopoz yaş ortalaması 45-55 arasında değişmekle birlikte ortalama 51 yaşdır [1-6]. Ülkemizde ise ortalama menopoz yaşı 47-49'dur [7,8]. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, teknolojiye dayanan ilerlemeler ve sosyal yapıdaki değişimler sonucunda doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır. Türkiye İstatistik Yıllığı (TÜİK) 2013-2014 verilerine göre beklenen yaşam süresi 78'dir. Bu durumda kadınların yaşam sürelerinin 15-20 yılını menopozal dönemle diğer 15-20 yılını ise bu dönemin oluşturduğu etkilerle baş etmekte geçirmektedir [10].

Menopoz semptomları overlerin giderek işlevini yitirmesi sonucunda değişik derecelerde ortaya çıkan somatik ve psikolojik değişikliklere bağlı gelişir. Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptomlar vazomotor değişiklikler ile uykusuzluk ve yorgunluktur [11-16].

Uyku, sağlıklı yaşamın en önemli fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir [17,18]. Menopozal dönemde görülen uykusuzluk sorunu, gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir [19]. Sıcak basmaları menopozal dönemdeki kadınların %75'inden fazlasında görülmektedir [20,21]. Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku güçlüğü prevalansı araştırma yapılan popülasyonunun özelliklerine göre değişmekle beraber dünyada %12-70 arasında [22-31], ülkemizde ise bu oran %14-79 arasında yer almaktadır [13,32-37]. Sağlıklı menopozal kadınlarda; sıcak basması şiddetine göre değişiklik gösteren uykusuzluk, gece uyuyamama ve uyku bölünmeleri şeklindedir [32]. Yaş ilerledikçe postmenopozal dönemki kadınlar uyku dalgasında yavaşlama, azalma ve daha uzun süre uyanık kalma sorunu yaşamaktadırlar [26,38]. Menopozal dönemdeki kadınların %40-

60'sı gece uyanma sorunu yaşadığı bildirilmektedir [39,40]. Yapılan bir çalışmada menopoz ile birlikte uyku ilacı kullanımını %5.8'den %11.2'ye yükseldiği rapor edilmiştir [33].

Uyku bozuklukları kadınlarda gündüz uykulu olmayı, konsantrasyon ve duygu durum bozukluklarına sebep olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca metabolik esneklik ve insülin direnci gibi fizyolojik işlevi etkileyerek koroner kalp hastalıklarının riskini artırmaktadır [41-43]. Ayrıca verimliliğin azalması ve sağlık hizmeti kullanımının artması ile birlikte ekonomik yük de getirmektedir [44-48].

Geçmişte, kadınlar vazomotor semptomlar ve uykusuzluk gibi sık görülen menopoz semptomları hafifletmek için Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanımına teşvik edilmiştir. Ancak günümüzde kombine hormon tedavisinin meme kanseri [49] ve benign meme hastalıklarının meme kanserine dönüşme riskini artırması ile ilişkisinin olması, tek başına kullanılan östrojenin endometrium kanser riski oluşturması, menopozdan uzun süre sonra başlanan hormon tedavisinin kardiyovasküler ve tromboemboli riskini artırması, safra kesesi hastalıklarının görülme sıklığının artması ve ağrılara neden olarak uykusuzluğa sebep olması gibi faktörler kadınlarda hormon tedavisine yönelik kaygıların oluşmasına sebep olmaktadır [50-57]. Bu nedenle menopozal yakınmaları azaltmak için günümüzde değişik yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Son yıllarda en çok üzerinde durulan yaklaşımlar ise tamamlayıcı ve bütünlük terapileridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün araştırmalarına göre, dünya nüfusunun dörtte üçü tamamlayıcı terapileri kullanmaktadır [58].

Tamamlayıcı terapilerden birisi de aromaterapidir. Aromatik bitkilerin özlerinden elde edilen yağların inhalasyon, oral, banyo, masaj ile tatbik edilmesidir [40,59,60]. Hur ve arkadaşlarının 2008'de ve Darsareh ve arkadaşının 2012'de yaptığı çalışmada aromaterapinin menopoz semptomları üzerinde azaltıcı etkisinin olduğu gösterilmektedir [61,62]. Yapılan çalışmalarda aromaterapinin ilkyukuya geçmede, derin uykuyu ve süresini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir [63-65]. Han- Na ve arkadaşlarının çalışmasında uyku bozukluğu olan bireylerde aromaterapinin beyindeki uyanıklığı azalttığı [66], diğer çalışmalarda da uyku kalitesini artırdığı görülmüştür [67-70].

Uyku gereksinimi hemşirelik kuramcılar tarafından temel bakım problemleri arasına alınmakta ve uyku ile ilgili problemler hemşirelik literatüründe bir hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır [71]. Bu nedenle hemşirelere menopozal dönemde menopozal yakınmaları ve özellikle de uyku sorunları yaşayan kadınları tanımada, uygun destek, eğitim, danışmanlık ve bakım vermede ve yaşanan sorun ile ilgili çözümsel yeni yaklaşımlar geliştirilmesinde ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin artırılmasında büyük sorumluluk düşmektedir [9]. Bu nedenle yapılan bu çalışmada menopozal dönemde aromaterapinin uyku ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri;

H₁. Menopoz döneminde uygulanan aromaterapi uyku kalitesini artırır.

H₂. Menopoz döneminde uygulanan aromaterapi yaşam kalitesini artırır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

İnsan yaşamı süresince intrauterin hayat, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerini ve bu dönemdeki değişikliklere uyum sağlayarak geçirmeye çalışır. Bu sürede bedensel ve ruhsal bir sağlığa ulaşmak her zaman var olan bir amaçtır. Sağlık, insanın bedensel, ruhsal, sosyal ve spirüüel yönden tam bir iyilik halidir. Bu iyilik hali yaşamın her dönemindeki üretkenliği kapsar. Yani kadın ve erkek üretken olduğu sürece sağlıklıdır [72]. Kadın ve erkek bu dönemlerde yaşadıkları ile birbirinden ayrılır. Kadın hayatı yaş sınırları bireysel ve çevresel farklılıklardan dolayı kesin sınırları olmasa da 5 dönemden oluşur. Bunlar;

- Çocukluk dönemi (0-8); kız ve erkek çocukları için farklılık olmayan zeka gelişimi ve somatik büyümenin hızlı olduğu doğumla başlayıp ergenliğe kadar süren dönemdir.
- Ergenlik dönemi (9-18); sekonder seksüel karakterlerin oluşumunu sağlayan hormonal farklılıkların gerçekleştiği, kemiklerin olgunlaşması, büyüme hızının artması ile vücut bütünlüğünün değişiminin gerçekleşmesi ile karakterize bir dönemdir. Bu dönemde kadının hayatının önemli bir parçası olan menarş yer almaktadır. Meydana gelen bu değişikliklerin başlama yaşı kız ve erkekte hatta kişiden kişiye farklılık gösterebilir.
- Cinsel olgunluk Dönemi (19-45); kadın ve erkeğin fiziksel, psikolojik ve cinsel yönden olgunluğa eriştiği dönemdir.
- Klimakteriyum ya da menopozal dönem (40- 45 yaşlarında başlayıp 65 yaşına kadar sürer); merkezinde menstruasyonun kesilmesi yani doğurganlığın bitmesinin gerçekleştiği ve sonrasında fiziksel ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir.
- Yaşlılık Dönemi (65 yaş ve üzeri); bütün sistemler yapı ve fonksiyonlarında yavaşlamanın gerçekleştiği doğal sürecin başladığı bir dönemdir [1,2,73].

Kadınlarda ergenlik ve klimakteriyum dönemleri hormonal değişikliklerin olduğu ve fiziksel ve psikolojik farklılıkların görüldüğü dönemdir [5].

2.1. Menopozal Dönem

Klimakteriyum, merdiven basamağı anlamına gelen “klimakterikoz” kelimesinden türeyen yaşanan değişiklikler nedeniyle hem kadını hem de aile ve toplumu etkileyen cinsel olgunluktan yaşlılık dönemine kadar geçen bir süreyi kapsar. Bu dönemin başlangıcı overial folikülde azalma ile birlikte östrojen hormonun üretiminin düşmesidir [1].

Bu dönem genellikle 45 yaşında başlayıp yaşlılık döneminin başlangıcı olan 65 yaşına kadar sürmektedir. Premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere 4 evreden oluşur [1,74].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre menopoz, “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması”dır [1,5,75].

DSÖ’nün kabul ettiği bu tanımlamaya göre; menopoz öncesi 2-6 yıllık süreye premenopozal dönem [73], premenopozu, menopozu ve menopozdan sonraki ilk bir yıllık süreye perimenopoz [1,76] ve perimenopozal dönemin bitimiyle başlayıp yaşlılık döneminin başlangıcına kadar devam eden döneme postmenopozal dönem denilmektedir [1,2].

Herhangi bir patoloji ye bağlı olmaksızın menturasyonun 45-54 yaşları arasında bitmesine “doğal menopoz” [1,77,78], 40 yaşından önce bitmesine “erken menopoz” [79], kadının 55 yaşına gelmesine rağmen halen menstruasyonun görülmesine “geç menopoz” [5] denilmektedir. Kadının yaşı ne olursa olsun bilateral overlerin alınması nedeniyle menturasyonun bitmesi durumuna da “cerrahi menopoz” denilmektedir [1]. Yapılan çalışmalarda kadınların %80.1 ile %87.2’si arasında değişen oranda doğal yolla, %12.8’i ile %19.9 arasında değişen oranda cerrahi yolla menopoza girdiği belirlenmiştir [5,80,81].

Dünyada ortalama menapoz yaşı 51-52’dir [7]. Fakat bu yaş gelişmekte olan ülkelerde 43.5 ile 49.4 iken gelişmiş ülkelerde 49.3 ile 51.4 aralığında değişebilmektedir [6]. Örneğin Amerika’da 50.5, Avrupa’da 50.1- 52.8 ile Asya’da 51.4 görülürken Tayland’da 48.7 ortalama yaş olarak saptanmış [82-85]. Ülkemizde ise ortalama menopoz yaşı 47-49’dur [7,8]. TNSA 2013 verilerine göre 30-49 yaş arası menopozlu kadın oranı %8’dir. Yani %92’lik bir kısmı 49 yaş üstünde menopoza girmektedir [79]. Menopoza giriş yaşını etkileyen sebepler kadının; çalışması, sigara ve alkol kullanımı, sosyo-ekonomik düzeyi, eğitim seviyesi, medeni durumu, fiziksel aktivite, seksüel

yaşantısının devamlılığı, menarş yaşı, gebelik yaşı, doğum sayısı, vücut kitle endeksi, oral kontraseptif kullanımı, düzensiz menstruel döngü, çoklu doymamış yağ tüketimi ve serum kurşun düzeyidir [86,87]. Ortalama yaşam süresi uzaması ile kadınların menopoz sonrası yaşadıkları dönem uzamıştır. Menopoz yaşı göz önüne alındığında kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedir. Bu nedenle uzayan yaşam süresi kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından ayrı bir önem kazanmaktadır [80].

2.1.1. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler

2.1.1.1. Fiziksel değişiklikler

Vazomotor değişiklikler; Menopozal dönemde en yaygın görülen vazomotor semptomlar menstruel siklusun düzensizliğinin başladığı premenopozal evreden itibaren görülmeye başlar [45]. Bu duyarlılık östrojen düzeyinde azalma ve LH'nin birden yükselmesi döneminde görülür. Ovulasyonun kesilmesi ile ortaya çıkan hormonal farklılıklar sonucu vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon şeklinde değişiklikler en çok yüz kızarması, gece terlemesi şeklinde gözüken sıcak basması ile baş ağrısı, baş dönmesi, uykusuzluk, el ve ayaklarda uyuşma, kulak çınlaması, dikkati toplayamama, boğulma hissi, üşüme ve çarpıntı gibi belirtiler görülebilmektedir [1,88-91]. Vücut yüzeyinde ölçülebilir ısı artışının yanında temel vücut sıcaklığında düşme görülür. Yapılan çalışmalarda kadınların %75'inden fazlasının vazomotor semptomlar yaşadıkları görülmektedir [13,14,21].

Osteoporoz; Genellikle 55-70 yaş arasındaki kadınları etkileyen, östrojen seviyesinin düşmesi sonucu kemikteki gözeneklerin artması veya kemik kütlesinin azalmasının görüldüğü kemiğin yapısal yetmezliğidir. Boy uzunluğunda 10- 15 cm kısalma, kamburlaşma, duruş bozukluğu ve kalça kırıklığı ile kendini göstermektedir [2]. Erken yaş menopoz, menopoz süresi ve cerrahi yolla menopoza girmek osteoporoz riskini artırmaktadır [92,93]. Post menopozal evrede aynı yaş grubundaki erkek ve kadına bakıldığında kadınlarda osteoporoz gelişme riski erkeklere göre dört kat daha fazla olmakla birlikte menopozdan sonraki 10-15 yılda kemiklerin kırılma oranı ise 3-5 kat daha fazla olmaktadır [94,95]. Osteoporoz sıklığı 45-54 yaş grubunda %7.2, 55-64 yaş grubunda %39 belirlenirken [96] başka çalışmalarda 54 yaş altı grupta %11.4 iken 55

yaş üstü grupta ise %21.5 [97] ve ortalama 53-59 yaş arası %20.1 olarak saptanmış [98]. Bu veriler menopoz sonrası yaşla birlikte osteoporoz riskinin arttığını göstermektedir.

Kardiyovasküler rahatsızlıklar; Östrojen yetersizliğinin lipid metabolizmasında meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle kalp- damar rahatsızlıklarına yakalanma riski artmaktadır. Östrojenin antioksidan özelliği nedeniyle arteriyel endotel hücrelerde oksidasyonu sonucu damarları LDL'den korumakta ayrıca trombosit agregasyonunu ve adezyon oluşmasını engelleyerek tromboz oluşumunu engellemektedir [99].

Östrojen salınımının düşmesi serumda yüksek yoğunlukta lipoprotein (HDL) düzeyinin düşmesi ile düşük yoğunlukta lipoprotein (LDL) artışına sebep olmaktadır. Bu durum total kolesterolün, trigliseritin artışına ve sonuçta ateroskleroz, angino pectoris ve koroner kalp hastalığı riskinin artmasına neden olmaktadır [2,100].

Damar yapısı ve trombosit hücrelerindeki değişiklikler kadınlarda inmenin görülme sıklığını da etkilemektedir. Menopoz öncesi erkeklerin inme oranı kadınlara göre yüksek iken menopoz sonrası bu oran kadın yönünde değişiklik göstermektedir [101].

Menopoz vücutdaki yağ oranının artması ve dağılımının değişmesine sebep olur. Menopoz sonrası kadınlarda obesiteye geçişi ve özellikle yağ dağılımının erkeksi özellik göstererek göbek ve bel etrafında toplanması insülin rezistansı ve buna bağlı olarak glukoz, lipid ve lipoprotein metabolizması bozulması ile menopozal metabolik sendrom gelişmektedir. Bu yüzden postmenopozal dönemdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre metabolik sendrom görülme sıklığı artmaktadır [102]. 2014 yılındaki bir çalışmada postmenopozal kadınlarda metabolik sendrom prevalansının arttığını göstermiş ve prevalansın farklı toplumlarda %16 ile %69 arasında değiştiği belirtilmiştir [103]. Yapılan başka bir çalışmada ise postmenopozal dönemde metabolik sendrom prevalansı %43,4 bulunmuş olup bunun sebebinin %68.2 ile abdominal obesite olduğu tespit edilmiştir [104]. Farklı ülkelerde menopozal dönemlerde yapılan metabolik sendrom prevalansı çalışmalarında farklı sonuçlar görülebilmektedir. İran'da premenopozal dönemde %44.9, perimenopozal dönemde %57.9 ile post menopozal dönemde %64.3 olarak tespit edilmiş [105], Çin'de postmenopozal dönemde %33.7 [106], Tayland'da perimenopozal dönemde %12.4, postmenopozal dönemde %16,9 [107], Brezilya'da premenopozda %24, postmenozda %37 olarak tespit edilmiştir [108].

Ürogenital semptomlar; Östrojen vajen de asit ortamının oluşması ile birlikte kalın ve yaş bir epitelyum üretiminin oluşmasını sağlar. Östrojenin düşmesi vajenin alkali, kuru,

ince ve çap olarak küçülmesine neden olur. Bu değişiklikler de kadında vajinal kuruluk, ağrı sonucu cinsel disfonksiyon ve cinsel isteksizliklere neden olur [2,100].

Postmenopozal dönemde kadın cinselliğe uyumunun incelendiği çalışmalarda kadınların %7.3'ünün ve başka çalışmada ise 100 kadından 47'sinin cinsel yaşamda sıkıntı yaşadığı tespit edilmiştir [109-111]. Yapılan çalışmalarda cinsel disfonksiyon oranı %67 civarında [112,113], olup postmenopozal dönemde premenopozal döneme göre daha fazla yaşanmaktadır [109,114-117]. Fakat bir çalışmada cinsel istek bozukluğu postmenopozda %7.5 iken premenopozda %8.1 olarak rapor edilmiş [111].

Mesane ve vajen aynı embriyolojik dokuda meydana geldiği için östrojen düşmesi sonucu mesanenin elastik kapasitesi de azalmaktadır. İdrar veriminde bir değişiklik olmaz. Bu yüzden sık idrar çıkma ve noktüri hatta idrar inkontansı yaşanabilir. Bu şikayetlerde üriner enfeksiyon riskini artırmaktadır. Menopozal dönemdeki kadınlarda %45.3-53.8 oranında üriner inkontinas prevalansı [14,118], %55.8 üriner enfeksiyon belirlenmiştir [14].

2.1.1.2. Psiko-Sosyal Değişiklikler

Ovulasyonun bitmesi ile meydana gelen hormonal dengedeki değişiklik hastalıklara yol açtığı gibi ruhsal sorunlarında ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir [119]. Menstruasyonun kesilmesi birçok kültürde doğurganlığın ve dişiliğin kaybı olarak görülebilmektedir [72]. Fakat tek başına bir neden değildir [120]. Yaş, medeni durum, sigara, eğitim, vazomotor semptomların görülme derecesi ve hormon tedavisi alması gibi kişisel faktörlerle [119,120], ailesel, sosyal, mesleki, ekonomik ve cinsel uyarıcılarla psikolojik sorunların artışına neden olabilmektedir. Menopoz öncesi yaşamında üretkenlik noktasında doyuma ulaşmamış, dış dünyaya kapalı ya da kısıtlı ilişkisi olan, olumsuz bakışa sahip ve sosyal aktivitesi olmayan ya da menopoz dönemindeki olumsuz yaşam şekli sıkıntılarının yaşanmasına sebep olabilmektedir [121,122].

Menopoz ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların sosyal konumlarında değişiklikler olabilmektedir. Bu değişiklikler kültürler arası fark gösterebilmektedir. Geleneksel kültürün ağırlığı olan toplumlarda örneğin Hindistan ve Uzakdoğu ülkelerinde yaşayan kadınlarda menopoz ve sonrası saygınlık artmaktadır. Batı kültüründe ise gençliğin,

güzelliğın ön planda olmasından dolayı menopoz stres faktörü olabilmektedir. Ülkemizde ise kadına aile ve toplumda statü kazandırmaktadır [2].

Bu dönemde en sık olarak depresyon, anksiyete, sinirlilik, öz güven kaybı, yaşamdan zevk alması azalır, alınganlık, unutkanlık, korku ve panik hali, cinsel istekte azalma gibi psikolojik sıkıntılarla karşılaşmaktadır [123]. Hormonal ve biyokimyasal değişiklikler kadının perimenopozal evrede depresyona ve anksiyeteye yatkınlığını da artırmaktadır [119-127].

2.2. Uyku ve Uyku Fizyolojisi

Karşılanması gereken temel insan gereksinimlerinden biri olan “uyku” insan yaşamında yeme, nefes alma, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir [128]. Uyku, bireyin yaşamını fizyolojik işlevlerini ve davranışsal yanıtlarını etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir [129]. Günümüzde uykunun pek çok tanımı yapılmıştır.

Uyku; canlının yaşam kalitesini belirleyen sinir sisteminin onarımını ve gelişimini sağlayan, düzenli tekrarlayan, bilinçsel değişikliğın geri dönüşüm gösterdiği, dış uyaranlara yanıt eşiğinin yükseldiğı fakat fiziksel aktivitenin minimal olduğı doğal bir süreçtir [130].

Uyku, sağlıklı kişilerde çevreye yanıt vermek ve algılamadan uzaklaşmayla karakterize, nitelik ve nicelik önünden farklılıklar gösteren, süreç olarak dinamik olan bedensel bir fonksiyondur [131].

Uyku döngüsü hücre yenilenmesi, bedenin büyümesini destekleyen, stres ve anksiyeteyi azaltıcı etkisi olan, koruyucu ve iyileştirici etkisi olan organizmanın her seferinde enerjisinin toplanmasını sağlayan çevreyle iletişimin geri döndürülebilir bir şekilde kaybolduğı periyodik bir tablodur [132,133].

Uyku kalitesi ise tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesi zor bir karmaşık klinik yapıya sahiptir. Sadece birey tarafından değerlendirilebilen bir olaydır [134]. Bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uykunun derinliğı ve dinlendiriciliğı gibi öznel yönlerini de içerir [128].

Uyku, insan hayatının 1/3'ünü kapsayan, sağlığın devamlılığını sağlayan insanın temel fizyolojik gereksinimlerinden biri olarak kabul edilmektedir [135]. Henderson temel insan gereksinimleri arasında 5. sırada uykuya yer vermiştir [136].

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 serotoninerek aktivite artarak uyku derinleşmekte, uyku derinleştikçe adrenerjik sistemde inhibisyon artmaktadır [130].

Uyku fizyolojik olarak iki farklı bölümden oluşmaktadır. Bunlar beyin dalgalarının yavaşladığı yavaş dalga uykusu NREM (non rapid eye movement) ve uykuda olmasına rağmen gözlerde hızlı hareketlerin olduğu hızlı göz hareketi, hızlı uyku ya da rüya uykusu denilen REM (rapid eye movement)dir [130,137]. Genellikle uykunun ilk 1/3'lük bölümünü NREM, son 1/3'lük bölümünü ise REM uykusu oluşurmaktadır [138].

2.2.1. NREM Dönemi

Uyanık olunan başlangıç döneminden sonra başlayan son derece sakin, hem periferik hem de damar tonüsünde, kan basıncında, solunumda ve bazal metabolizmada %10-30 azalmanın olduğu yavaş dalga uykusu ya da rüyasız uyku diye adlandırılan düş görülmekte hatta kabuslar görülsede hatırlanılmaması ile karakterize bir dönemdir [130,137]. NREM dönemi üç evreden oluşur.

- Birinci evre, uyanıklıktan uykuya geçişin olduğu başlangıçtır. Yarı uyku halini gösterir.
- İkinci evre, kişiye uyandırmanın zor olduğu birinci evreye göre daha derin uykuyu içeren kısımdır. Bu evrede gözler hareketsiz, kalp ve solunum yavaşlar ve vücut sıcaklığı düşer.
- Üçüncü evre, derin uyku, fiziksel dinlenme ve gevşemenin olduğu NREM'in son evresidir. Bu evrede kan basıncı, nabız, solunum hızı ve oksijen tüketimi en alt seviyedir ve düzenlidir. Bu evre çocuklarda büyüme hormonu salınımını artırırken, erişkinlerde ise vücudun iyileşme sürecinin hızlanmasına sebep olur [130].

Kişinin uyku süreci içinde NREM dönemin birinci evresi %2-5, ikinci evresi %45-55 ve üçüncü evresi ise %20-25 oranında yer alır. NREM döneminin evrelerinin süresi yaşla

birlikte değişkindir. Örneğin çocuklar ve yaşıllar yetişkinlere göre NREM döneminin üçüncü evresinde daha fazla sürede kalırlar [139,140].

2.2.2. REM Dönemi

Uyku başladıktan 90 dakika sonra başlar. Bu ilk REM dönem kısadır ve yaklaşık 5-30 dakika kadar sürer. Beyin metabolizması %20 artmıştır. Solunum sayısı ve derinliği değişir ve nabız düzensizleşir. Hızlı göz hareketleri görülür. Bu dönemde rüya görülür ve bu rüya hatırlanır. Beyin kaydettiği olay ya da objeleri anlamlandırmaya çalışır. Uyku içinde %20-25 gibi bir orana sahiptir [130,137,139]. Bu uyku tipi beyindeki aşırı hareketlenmelere rağmen uyumanın gerçekleşmesinden dolayı paradoksal uyku olarak da ifade edilir. REM uykusunda beyin aktiftir. Fakat dış çevreyle ilişki kurarak uyanmasını sağlayacak şekilde değildir [137].

2.3. Uyku Gereksinimi

Uykunun başlangıcından ilk REM döneminin sonuna kadar geçen süre bir uyku siklusudur. Yaklaşık 90-120 dakika arasında sürer ve bir gecede 4-6 kez tekrarlar [140]. Yetişkin insan 7.5-8 saat uyku yeterlidir. Uyku eğer 4 saatten az ya da 9 saatten fazla ise sebebini araştırılması gerekir [141].

Normal fizyolojisinde olan uykunun faydaları;

- NREM dönemi vücut dokularının REM dönemi ise beyin dokularının yenilenmesini,
- Enerji koruma,
- Yaşlanma etkilerini yavaşlatır,
- Korneal anoksinin önlenmesi,
- İmmünolojik, termoregülasyon ve nöronal bütünlüğün devamını sağlar [142].

2.4.Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uykuyu etkileyen etmenler;

- Yaşam dönemi; İnsanın yaşam dönemi uyku kalitesini etkilemektedir. Yaşamın erken döneminde çok uyurken yaşın ilerlemesi ile uykuya ihtiyaç azalır, uyku bölünmeleri artar ve uykuya dalma süresi uzar. Menstruasyon, menopoz ve gebelik dönemleri kadınlarda uyku kalitesini etkiler.

- Yaşam biçimi; ağır yemek, çikolata, kola, kahve uyku düzenini bozabilir. Proteinli ve karbonhidratlı besinler uyku kalitesini artırır. İlaç ve alkol uykusuzluk ve yorgunluğa sebep olarak uyku kalitesini bozar. Sigara içmek ise uykuya geçişi zorlaştırmaktadır. İş ya da aile yaşantısından dolayı uykudan önceki ağır ve aşırı egzersiz uyku sorunlarına yaratırken gün içindeki egzersiz daha kolay uykuya dalmaya sebep olabilir.
- Patolojik etkenler; hastalıklar, ağrı, depresyon, anksiyete, korku ve kayıp uyku sorunlarına neden olur.
- Çevresel etkenler; ışık, ses, aşırı sıcak ve soğuk, koku, yatak ya da yastığın rahatsızlığı uyku kalitesini bozabilir [130,143].

2.5. Uyku Problemleri

Uyku sorunu, insanların yaşamları boyunca en az bir kere yaşayabilecekleri, sıklıkla karşılaşılan ve dünya ile birlikte Türkiye'de de artış gösteren bir sorundur [130,144]. Uyku sorunları ile ilgili araştırmalar son 40 yılda artış göstermektedir [145]. Uyku sorunları insanda enerji, konsantrasyon ve hafızayı etkilediği gibi fiziksel ve psikolojik direnci zayıflatarak hastalanmayı kolaylaştırır hatta ilerleyen durumlarda ölüme neden olabilir [144].

Uyku süreci ile ilgili sorunlar; uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, sabah erken uyanıp tekrar uyuyamak, uyku düzeni ve niteliği ile ilgili sorun olmadığı halde sabahları dinlenmemiş olarak uyanma ya da en ağır sorun olan hiç uyuyamama şeklinde görülebilmektedir [143].

Burada uyku sorunlarından, menopozla ilişkisi olduğu için yalnızca uykusuzluk (insomnia) kavramı ele alınacaktır.

2.5.1. Uykusuzluk (insomnia)

Uykusuzluk; uykuya dalma, sürdürme ve sonlandırmada güçlük yaşanması ya da uyumaya karşın bireyin dinlenmiş ve uyumuş olarak hissetmemesidir [130,144,146,147]. Uykusuzluk bir hastalık değil, bir bulgudur [143,147]. Uykusuzluk uyku sorunları içinde en yaygın görülen bir durumdur. İnsanların %50'si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk sorunu yaşamışlardır ve insanların yarısı da sorunun ciddi olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durum uykusuzluğun önemli ve yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Türkiye de insomnia sorunu %22 olarak saptanmıştır.

İnsomnia sorunu yaşayan insanların %50'si uykuya dalmada güçlük, %22'si uykuyu sürdürmede güçlük ve %6'sı da hiç uyuyamama sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir [130]. Kronik uykusuzluk özellikle kadınlarda, yaşlılarda ve tıbbi ya da psikiyatrik sorunu olanlarda yaygın görülmektedir. Kronik uykusuzluk yaşayan bireyler uykuya dalmada ve derin uyku uyuyamadıklarını ifade etmişlerdir. Geçici uykusuzluk ise sık rastlanan, stres, ilaç gibi durumlarla etkilenen ve genellikle birkaç geceyi geçmeyen bir durumdur [138].

Uykusuzluk nedenlerine göre üçe ayrılır:

- Ruhsal bozukluğa bağlı uykusuzluk: Ruhsal hastalıklarla ortaya çıkan gerginlik ve kaygı uykuya geçişe engel olurken ayrıca uykuda kesintilerin oluşması ile ortaya çıkan uykusuzluktur [138,146].
- Bilinen organik bir bozukluğa veya ilaçlara bağlı uykusuzluk: bedensel hastalıklar (Anjina pektoris, artrit, parkinson, astım gibi), ilaç kullanımı (antidepresifler, psikostimülan, antihipertansif, antiaritmik, tiroid preparatları, kortikosteroid, oral kontraseptifler, iştah azaltıcı maddeler, antiparkinson, antikonvülsif, dekonjesyonlar ve alfa ve beta antagonistleri), alkol ve madde kullanımının bırakılması, çay ve kahve alımına bağlı alışkanlıkların meydana getirdiği uykusuzluktur [138,146]
- Birincil uykusuzluk: Ruhsal ya da bedensel bir sorun olmamasına rağmen uyuyamama saplantısı ile ortaya çıkan uykusuzluktur [146].

Uykusuzluk sorununun giderilebilmesi için özellikle uykusuzluğun nedeninin saptanması gerekmektedir.

2.6. Menopozal Dönemde Uyku Sorunları ve ilişkili Faktörler

İlerleyen yaşla birlikte menopozal dönemlerde uyku sorunlarının görülmesi ve uyku kalitesinin bozulması daha sık görülmektedir. Çalışmalar %50 oranında uyku bozukluklarının menopozal dönemde yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Bu dönemde kadınlarda en çok uykusuzluğa vazomotor değişiklikler neden olmaktadır. Postmenopozal dönemde, premenopozal ve perimenopozal döneme göre uyku problemleri daha fazla görülmektedir [15,148-151]. Yapılan çalışmalarda dünyada menopozda uyku problemlerinin görülme sıklığı Hindistanda %48 [152], Çinde %42.2 [153], Amerika' da %20 [154], Avustralya da %23 [155], Colombia da %57.1 [156],

Kuzey Tayvan'da %65.3 [151] ve İran'da %8.4 ile %11.8 [157] belirlenmiş. İran' daki bu çalışmada gündüz uyuklama oranı da %27.9 olarak rapor edilmiş [157].

Menopozal dönemdeki uykusuzluğa en çok hormonal değişiklikler sonucu ortaya çıkan sıcak basması, gece terlemesi neden olmaktadır. Östrojen salınımının azalması REM döneminin sayı ve süre olarak azalmasına, östrojen ve progesteron hormonun birlikte azalması uyku apnesi ve horlamaya neden olmaktadır [13,16]. Uyku problemi yaşayan kadınlarda subjektif veri olarak irritabilite, düzensiz uyku, yorgunluk gözükürken objektif veri olarak fiziksel muayenede laterji, gözaltlarında siyah halkalar görülebilmektedir [100]. Bu dönemde kadınlarda objektif verilerde uyku kalitesi iyi gözükürken subjektif olarak kalitesiz uykudan şikayet edebilmektedir. Örneğin 2003 yılındaki bir çalışmada polisomnografide genç kadınlarda uyku verimliliği ve derin uyku sayısında azalma saptanırken, premenopoz ve menopozdaki kadınlarda polisomnografide önemli bir değişken olmamasına rağmen uyku yakınmalarının daha çok olduğu belirlenmiş. Örneğin genç kadınlar ile premenopoz ve menopozdaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada genç kadınların polisomnografi sonucunda uyku verimliliği ve derin uyku sayısında azalma olmasına rağmen uyku yakınmalarının premenopoz ve menopozda olan kadınlarda daha çok olduğu belirlenmiştir. Yine bir çalışmada menopozdaki kadınların normal polisomnografi sonucuna karşın %59.7'sinde PUKİ sonucunda kötü uyku kalitesi saptanmıştır [34]. Başka bir çalışmada ise postmenopozal kadınlarda premenopozal kadınlara kıyasla daha fazla uyku kalitesizliği görülmüştür. Bu da gösteriyor ki kadınların uyku kalitesinde menopoza bağımlılıkları önemli etkidir [158,159]. Konu üzerinde yapılan çalışmalarda da kadınların %57.8'nde PUKİ küresel skoru 5 ve üzerinde [33] %33.2'nde 8 ve üzerinde çıkmıştır [15]. Aynı çalışmada %5.8 olan uyku ilacı kullanımının menopozda %11,2'ye yükseldiği rapor edilmiştir [33].

Menopoza geçiş sırasında kadınların uyku sürekliliğinin incelenmesinde %57.8'nde uykuya dalmada zorluklar, %60.7'nde erken uyanma yaşadıkları belirlenmiş [160]. Yapılan başka çalışmalarda da perimenopoz ve postmenopoz evrede vazomotor semptomların geceleri sık sık uyanmaya [161,162], depresyonun da uykuya dalmada etkili olduğu belirlenmiştir [161]. Ayrıca mesleki durum, eğitim durumu, partnerin statüsü, yaş, ekonomik durum, aile boyu, çocuk sayısı, kahve, kola, çay tüketiminin ve

fiziksel aktivitenin uyku bozukluğu ve uyku kalitesi ile anlamlılışkisi bulunmaktadır [163-166].

Uyku bozuklukları kadınlarda gündüz uykulu olmayı, konsantrasyon ve duygu durum bozukluklarına sebep olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca metabolik esneklik ve insilün direnci gibi fizyolojik işleyişi etkileyerek koroner kalp hastalıklarının riskini artırmaktadır [167-169].

2.7. Uyku Problemleri İle Baş Etmede Non Farmakolojik Yöntemler

Modern ve temel klasik tıbbi tedavinin dışındaki tedavilere non farmakolojik yöntemler denir. Menopozal dönem kadınlar için önemli bir yaşam dönemidir. Çünkü kadın bu dönemdeki yakınmalarla baş edebildiği ve kontrol sağlayabildiği sürece yaşam kalitesini artırabileceğini bilir. Menopoz ve sonrasında alınan hormonal tedavilerin faydalarının yanında yan etkilerin olması kullanma endişesini getirdiği için kadınlar menopozal dönemi kültürüne uygun alternatif tedavileri tercih ederek gidermeye çalışmaktadır [170].

Non Farmakolojik Yöntemleri, davranışsal, bilişsel, dokunsal ve bitkisel yöntemler diye sınıflandırabiliriz [2].

2.7.1. Davranışsal Yöntem

Alexander Tekniği; vücut temel, doğru ve en önemlisi doğal duruşuna uygun olarak hareket etme alışkanlığı kazandırmaya yönelik bir tekniktir. Özellikle gebelik ve doğum eylemi sırasında hareketler ve nefes egzersizlerini kullanarak yol göstermektedir [171].

Biofeedback; bir uzman tarafından monitor aracılığıyla yönlendirme, deneme ve odaklanma yolu istemsiz vücut fonksiyonları kontrol etmeye yönelik bir tekniktir. Menopoz sürecinde kullanılabilen bu yöntemde pelvik taban kaslarının durumu tespit edildikten sonra 15-60 dakika süren ve 4-8 seans arasında bir periyot da kadın kasları kendi kendine yönetmeyi öğrenir. Cinsel uyarılma, orgazm ve cinsel ağrı yakınmalarında kullanılır [172].

Yoga; bireyin kendi iç dünyası ilebaş başa kalmasını sağlayan zihinsel bir yolculuktur. Gebelik yogası hamilelik sırasındaki postür bozukluklarını azaltır, fiziksel kondüsyonu sağlar, bulantı, kusma, solunum ve dolaşım sistemlerin güçlenmesini, karın kasların güçlendirerek bağırsak hareketlerini rahatlatır ve doğumu kolaylaştırır. Ayrıca

bireylerde doğru solunum teknikleri ile vücudu gevşeterek bedensel ve zihinsel rahatlamayı sağlar. Kadın sağlığında premenstrüel yakınmalar, dismonera, menopoz yakınmaları ve infertilite tedavisinde tercih edilir [173].

Hipnoz; sözcükler, bakış ve yardımcı objeleri kullanarak bireyin bilinçaltına ulaşarak duygu, düşünce, bellek ve algı işlevlerinde değişiklikler oluşturma tekniğidir. Kadın sağlığında premenstrüel yakınmalarda, dismenorede, disparoni, vajinismus, doğum eyleminde doğum dalgalarının algılanışını değiştirerek doğum eyleminin hoş tecrübe olarak hatırlanmasını, lohsalıktaki depresyon ve anksiyeteyi azaltmada, klimakterik dönemde sıcak basmaları, ter basması, uykusuzluk ve çarpıntıyı azaltma ya da gidermede etkilidir. Hipnoz tekniğinin başarılı olması bireyin inaç ve güvenine bağlıdır [174-177].

2.7.2. Bilişsel Yöntem

Meditasyon; bireyin sükunet, iç huzur, değişik şuur hallere ve öz varlığa ulaşmasını sağlayan zihnimizi denetleme teknikleri ve deneyimlere denir [174].

Müzik terapisi; müzik bedensel ve zihinsel rahatlamayı sağlar. Kadın sağlığında doğum dalgalanmaları ile baş etmede kullanılmaktadır [177].

2.7.3. Dokunsal Yöntemler

Akupunktur; vücut da bulunan özel noktaları iğneler yardımıyla uyararak fizyolojik işleyişinin dengesini sağlamaktır. Kadın yaşamın her döneminde yakınmalar için kullanılabilir [178].

Ayurveda; bireyin sahip olduğu fiziksel ve ruhsal yapısının özelliklerine göre masaj, meditasyon, yiyecekler, müzik, aromaterapi, fizksel aktivite ve nefes tekniklerini hayatının bir parçası haline getirerek yaşam dengesini sağlamaktır [179].

Reiki dokunma terapisi; insan vücudunun dışındaki elektromanyetik ve enerji alanlarına odaklanarak ve enerji merkezlerine dokunarak yapılan bir tekniktir. Kadın sağlığında infertilitede, mide bulantılarında, kasların gevşemesinde ve hamileliğin rahat geçmesinde kullanılmaktadır [179].

Masaj; bireyde dokulara ve kaslara sistematik şekilde basınç uygulayarak rahatlama ve dolaşımı artırarak ağrı ve gerginliği gidermektir. Kadın sağlığında hamilelikte ayaktaki

ödemi azaltmada, dismonerada, krampları gidermede, doğumu kolaylaştırmak için uygulanan perineal masajı örnek verilebilir [179,180].

Refleksoloji; ayaklarda bedendeki bütün sistemlere ve organlara ait reflekslerin noktaları bulunmaktadır. Bu noktalar yapılan özel el ve parmak teknikleri ile yapılan baskı tekniğidir. Dismenorede, premenstruel semptomları azaltmada, adet dönemlerini düzenlemede, kanserli hastalarda bulantı ve kusmayı gidermede, menopozal yakınmaları azaltmada, gebelerde stres, ağrı, yorgunluk, anksiyete ve huzursuzluğu gidermede tercih edilir [179,181].

2.7.4. Bitkisel Yöntem

Aromaterapi; bitkiler, çiçekler, kökler ve tohumlardan elde edilen esansiyel yağların kullanılarak yapılan bir tedavidir [182]. Tamamen bitkilerden elde edilen uçucu yağların masaj, friksiyon, banyo ya da inhalasyon yoluyla uygulanarak elde edilen doğal tedavidir.

Aromaterapi Fransız kimyager Rene Maurice Gattefosse tarafından yakan eline lavanta yağı sürmesi sonucu yaranın daha hızlı iyileşmesi ile fark etmiş, yaptığı çalışmalarla yağların antiseptik, mikrop öldürücü, hücre yenileyici ve hastalıkları tedavi edici etkilerini gördükten sonra 1920'li yıllarda Aromaterapi sözcüğünü kullanmaya başlamış [182]. Aromaterapinin tarihi binlerce yıl öncesine dayanmaktadır ve dünyanın her bir bölgesinde aromatik bitkiler sağlık sisteminde kullanılmaktadır. Hemşirelikte aromaterapinin kullanılması Florance Nightingale ile başlamıştır [183].

Aromaterapide esansiyel yağların vücuda uygulanması topikal (dokunma, banyo ya da kompresle), dahili (anal yada vajinal yolla), ağız yoluyla ve inhalasyon yolu olmak üzere dört şekilde olmaktadır.

İnhalasyon yoluyla uygulamada mendil, pamuk, buhar makinesi/ nebulizatör aracılığıyla, deriye damlatılarak ya da sıcak suya damlatılıp buğu ya da sprey gibi yöntemlere başvurulmaktadır.

Aromaterapi uygulamalarında uçucu yağların katkı maddeleri olmaksızın orijinal olmasına, cam şişelerde, ağız kapalı ve güneş görmeyen yerlerde muhafaza edilmesine, damlalık aracılığıyla kullanmaya, çocuklardan uzak tutmaya, her bir yağın özelliğine göre seyretilerek ya da seyreltmeden uygun yollarla kişisel özellikler dikkate alınarak verilmesine dikkat edilmelidir [183,184].

Menopozal evredeki kadınların TAT kullanımlarına bakıldığında %14.9'nun aromatik yağları kullandıkları belirlenmiştir [185]. Yine çalışmalarda aromaterapinin menopozal evredeki yakınmaları azalttığı [61,186], postmenopozal kadınlarda psikolojik rahatlama sağladığı [172], kediotu/melisanın uyku problemlerini düzelttiği[24] ve lavanta yağının sıcak basmalarına iyi geldiği [187] hatta postmenopozdaki kadınlarda abdominal yağ oranını ve bel çevresini azaltarak beden imajını düzeltmede kullanılabilir olduğu tespit edilmiştir [188]. Çalışmada lavanta yağı ve limon yağı kullanılmasına karar verilmiştir. Lavanta yağının sakinleştirici, gerilim çözücü, sinirlilik, uykusuzluk, depresyon giderici ve vb. etkileri, limon yağının da ferahlatıcı, dengeleyici, psikolojik rahatlık sağlama ve vb etkileri vardır [182].

2.8. Menopozal Dönemde Uyku Kalitesine Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşirelerin kadınların yaşama uyumunu sağlayarak yaşam kalitesini artırmak için bütüncül olarak görüp etkileyen faktörleri değerlendirmesi gerekir. Bu yüzden menopozda olan kadınlara yaklaşımda bulunurken menopoz konusunda yeterince bilgiye sahip olmak gerekir. Hemşirenin menopozda olan kadına sunacağı sağlık bakımındaki hedefleri:

- Kadınların bu dönemle yaşadıkları ve beklentileri, sosyal ve kültürel destek sistemleri ile ilgili veri toplamak,
- Kadınların yaşam kalitesini belirleyerek, verilecek sağlık bakımını bu verilere göre planlamak,
- Temel gereksinimlerin karşılanmasında kadına ve ailesine eğitim ve danışmanlık yapmak,
- Kadının sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde hem karar vermede hem de davranışların uygulanmasında aktif rol almasını sağlamak gerekir.

Hemşirenin bu hedeflere ulaşabilmesi için kadından detaylı bir sağlık öyküsü almalıdır. Bu öyküde menstrüel siklus değişiklikleri, ameliyat, akut ve kronik hastalıkları, osteoporoz ve kalp hastalıklarına ilişkin risk faktörleri ile ilgili bilgilerle birlikte uykunun nitelik ve niceliğini belirleyici sorular sorularak uyku- uyanıklık döngüsü hakkında veri toplanır. Sonrasında kadının bu dönemi algılaması, bilgisi, etik ve kültürel özellikleri belirlenir ve hemşirelik yaklaşımı planlanıp uygulanır [2].

Menopozal dönemde uyku kalitesini etkileyen en önemli faktörler vazomotor semptomlar olduğu için buna yönelik girişimler uyku kalitesini de etkileyecektir. Uyku kalitesini iyileştirmek iyi bir eğitim ve danışmanlık hizmetini yerine getirerek olur. Kadına hayatına ve kişisel profiline uygun hemşirelik yaklaşımı sunulmalıdır. Bunun için yapılacak girişim ve yaklaşımlar şunlardır:

- Stresden mümkün olduğunca uzak durmak gerekir.
- Gündüz uyumalarından kaçınılmalıdır.
- Her gün aynı saatte uyumaya ve uyanmaya dikkat edilmeli. Sabah uyanınca yataktan kalkmak gerekir. Böylece uyku ritmi bozulmamış olur.
- Uyku saatine yakın yemek yenmemeli fakat aç olarak da yatılmamalıdır. Yatmadan önce aşırı sıvı tüketilmemelidir.
- Beslenmede yağlı, ağır ve baharatlı yiyecek ile özellikle yatmadan en az 6 saat öncesinden çay, kahve, alkol ve sigara kullanmamaya dikkat edilmelidir.
- Ortamın sessiz ve loş olmalı fakat sıcak olmamalıdır.
- Aşırı sert veya yumuşak yataktan kaçınılmalıdır.
- Rahat, terletmeyen tercihen pamuklu giysiler tercih edilmelidir.
- Yatmadan önce ılık duş alınabilir. Fakat asla sıcak olmamalıdır.
- Uyumak için ilaç kullanmak hiçbir zaman ilk seçenek olmamalıdır.
- Düzenli aerobik egzersizler yapılmalıdır. Özellikle akşam üstü yapılmalı fakat uyumadan 3-4 saat öncesi yorucu egzersizlerden kaçınılmalıdır.
- Uyumadan önce heyecan verici programlar izlenmemeli ve kitap okunmamalıdır.
- Uyku tutmazsa uyumak için yatakta beklenilmemeli dikkat dağıtıcı yorucu olmayan uğraşıda bulunabilir [189-191].

BÖLÜM 3

MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Menopoz dönemindeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uykuve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanan bu araştırma ön-test ve son-test düzende, kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Kırşehir il merkezinde yapılmıştır. Kırşehir il merkezinde 9 adet Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. Bu ASM'lerden 45-59 yaş grubukadın nüfusunun en fazla olduğu Cacabey ASM araştırma kapsamına alınmıştır (Halk Sağlığı Şube Müdürlüğü 2014 verileri). CacabeyASM il merkezinde olup ulaşılması kolaydır. Merkezde 5 ebe ve 1 hemşire çalışmakta olup eğitim düzeyleri 3 ebe önlisans, 2 ebe lisans ve bir hemşire lise düzeyindedir.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Kırşehir il merkezinde bulunan Cacabey ASM'ine kayıtlı 45-59 [6] yaş grubu 1471 kadın oluşturmaktadır.

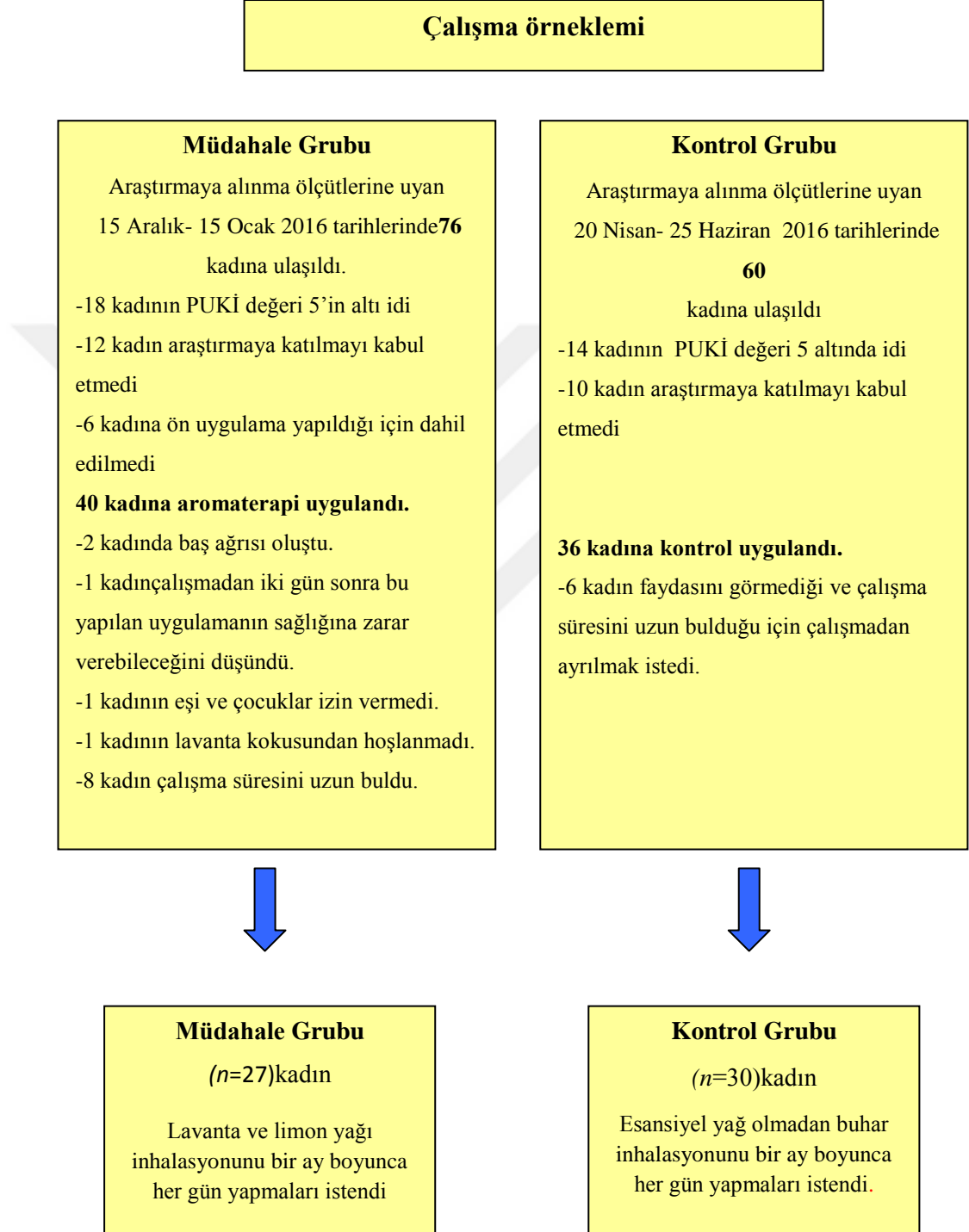
Araştırmanın örnekleme, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın çalışma için şartlı (Hasta Hakları Yönetmeliği'nin " Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23'ncü maddesi 1'nci fıkrasında belirtilen " Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerinin kayıtlı nüfusla ilgili verileri paylaşmasına izin vermeden araştırmacının kendi imkânları ile katılımcılara ulaşması ve çalışmanın raporunun kuruma gönderilmesi şartıyla) vermesi nedeniyle araştırmacı Cacabey ASM'ne bağlı bölgede kendi imkânlar doğrultusunda kartopu yöntemi ile örneklem oluşturmuştur. Çalışmada örneklem hesabına gidilmemiştir. Çalışma sonunda post powera bakılmıştır.

15 Aralık 2015-15 Ocak 2016 tarihleri arasında kartopu yöntemi ile araştırmanın alınma kriterlerinden Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) değerlendirmesi hariç diğer kriterlerine uyan 76 kadına ulaşılmıştır. Bu kadınlardan 18'nin PUKİ değerlendirmesi

5'in altında, 58'nin PUKİ değerlendirmesi5ve 5'in üstünde tespit edilmiştir. Bu 58 kadından 12'sinin PUKİ değeri 5 ve üstü olmasına rağmen uyku kalitesinin kötü olmadığını düşünerek araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Geri kalan 46 kadından 6 kadına 20 Ocak 2016- 22 Şubat 2016 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan 6 kadın örneklem dışı bırakılarak 40 kadın ile müdahale grubu oluşturulup 25 Şubat 2016- 15 Nisan 2016 tarihleri arasında müdahale grubuna uygulama yapılmıştır. Müdahale grubuna dahil edilen kadınlardan ikisinde baş ağrısı oluşması, bir kadının çalışmadan iki gün sonra yapılan uygulamanın sağlığına zarar verebileceği düşüncesi, bir kadının eşinin ve çocuklarının izin vermemesi, bir kadının lavanta kokusundan hoşlanmaması ve sekiz kadının da çalışma süresini uzun bulması nedeni ile toplam onüç kadın deney grubundan ayrılmıştır. Müdahale grubu 27 kadın ile devam etmiştir. Çalışma öncesinde güç analizi yapılmamıştır, çalışma sonunda post-power a bakılmıştır (PUKİ toplam; $p < 0.001$, güç: %1.00). Araştırma sürecinde ara değerlendirme de deney grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel karar gücünün post-power analiz ile tespit edilip çalışma müdahale grubu 27, kontrol grubu 30 kadın ile sonlandırılmıştır. Bu sonuç ile örneklem büyüklüğünün yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Müdahale grubu çalışıldıktan sonra çalışmanın kontrol grubu oluşturulmuştur. Kontrol grubu 20 Nisan 2016- 25 Haziran 2016 tarihleri arasında çalışılmıştır. Kontrol grubu için 60 kadına ulaşılmıştır. Bu kadınlardan 14'ünün PUKİ değeri beşin altında, 46 kadının ise PUKİ değeri beş ve beşin üstünde tespit edilmiştir. Ancak bu kadınlardan 10'u çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Geri kalan 36 kadın ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Bu kadınlardan 6'sı da çalışmanın faydasını görmeme ve çalışma süresini uzun bulma nedeniyle çalışmadan ayrılmak istemiştir. Kontrol grubu örneklem grubu da göz önüne alınarak 30 kadın ile tamamlanmıştır. Çalışma 25 Haziran 2016 tarihinde 27 müdahale ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 57 kadın ile tamamlanmıştır (Bkz. Şekil 3.1.).

Şekil 3.1.Örneklem Şeması



3.4.Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Örnek gruba alınan kadınlar aşağıdaki ölçütlere göre belirlenmiştir.

- Okur-yazar olan
- 1-5 yıldır menopozda olan,
- Pittsburg uyku kalitesi ölçeğinden 5 ve üzeri puan alan,
- Kullanılacak esansiyel yağa karşı bilinen alerjik tepkisi olmayan,
- Koku almaya engel bir durumu olmayan,
- Kullanılacak esansiyel yağın kokusundan rahatsız olmayan,
- Yoga, meditasyon, masaj gibi diğer tamamlayıcı ve destekleyici tıp uygulamalarını kullanmayan,
- Mental yetersizlik, ileri derecede görme işitme engeli gibi sorunu olmayan,
- Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi herhangi bir solunum sistemi hastalığı olmayan,
- Kalp rahatsızlığı, hipertansiyon ve diyabeti olmayan
- Uyku İlacı kullanmayan
- Ruhsal bozukluğu olmayan
- Alerji öyküsü olmayan
- Hormon Replasman Tedavisi almayan
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar çalışma grubuna alınmıştır.

3.5.Araştırmanın Sonlanma Ölçütleri

- Aromaterapi inhalasyon uygulamasını önerilen şekilde yapamayan,
- Araştırmadan ayrılmak isteyen,
- İnhalasyona bağlı alerjik reaksiyon ve solunum sıkıntısı, öksürük, bulantı vb rahatsızlık gelişen kadınlarda araştırma sonlandırılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmada veriler; Birey Tanıtım Formu, Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Müdahale Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberi, Kontrol Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberi ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Müdahale ve Kontrol Grubu) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1.1. Birey Tanıtım Formu (EK I)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür [25,32,130,192-196] incelenerek hazırlanan Birey Tanıtım Formu kadınların sosyo-demografik, obstetrik özellikleri ve boy ve kilolarını içeren 14 adet sorudan oluşmaktadır. Aynı zamanda kan basıncı ve nabız ölçümlerinin yer aldığı bir formdur. Tanıtım formundaki sorular kadınlarla yüz yüze görüşme metodu ile doldurulmuştur. Nabız ve kan basıncı ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.6.1.2. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) (EK II)

Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), 1989 yılında Buyse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan PUKİ'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [197]. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümünü sağlamaktadır. "Uykusu iyi olanlar (good sleepers)" ve "Uykusu kötü olanlar (poor sleepers)" arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapabilmektedir. Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bu sorular, uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde puanının gruplandırılması ile elde edilmektedir. Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi'nin 7 bileşeni vardır.

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku latensi (bileşen 2)
3. Uyku süresi (bileşen 3)

4. Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)

Tek bir sorunun puanı ile belirtilen bileşenler, bileşen 1(soru 6), bileşen 3 (soru 4) ve Bileşen 6 (soru 7) dir. Bileşen 2 puanı, soru 2 ve 5a; bileşen 4 puanı, soru1,3 ve 4; bileşen 5 puanı, soru 5b'den 5j'e kadar; bileşen 7 puanı, soru 8 ve soru 9'un değerlendirilmesinden elde edilmektedir. Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam ölçek puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Ölçek, uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermemektedir. Ancak toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0-4), uyku kalitesi kötü (5-21) olarak sınıflandırmaktadır.

3.6.1.3. Menopozda Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK III)

Ölçek John R. Hilditch, Jacqueline Lewis ve arkadaşları tarafından 1996 yılında, kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopozda sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir olup, 2005 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından Türk toplumuna uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır [198]. MÖYKÖ'de her bir alt alan puanı 1 den 8 e doğru sıralanmıştır. 1 puan o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını gösterir. 2 puan o konunun var olduğunu, yaşandığını ancak hiç rahatsız edici olmadığını işaret eder 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini gösterirler. Ölçek vazomotor, psiko-sosyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alandan oluşur.

- Vazomotor alan (1-3. sorular) sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığı ve şiddetini değerlendirir.
- Psikososyal alan (4-10. sorular) hayatından memnun olmama, endişeli ve gergin hissetme, hafızada zayıflama, kendini eskisinden daha az başarılı hissetme,

depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme, diğer insanlara tahammülsüzlük, yalnız kalma isteği gibi sorularla bireysel psikolojik iyilik algısını ölçer.

- Fiziksel alan (11-26. sorular), gaz çıkarma ya da gaz ağrıları, kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış hissetme, uyuma güçlüğü, bas ve boyun arkasında ağrılar, fiziksel güçte azalma, dayanma gücünde azalma, enerjide azalma hissi, ciltte kuruluk, kilo alma, yüz tüylerinde artma, cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik, şişkinlik, bel ağrısı, sık idrara çıkma, öksürürken ya da gülerken idrar kaçırmaya gibi genel semptomları değerlendirilir.

- Cinsel alan ise (27-29. sorular), cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtileri araştırır.

Ölçeğin Cronbach's Alpha değerleri vazomotor alan için $a= 0.73$, psikososyal alan için $a= 0.84$, fiziksel alan için $a= 0.88$, ve cinsel alan için $a= 0.84$ 'dür.

3.6.1.4. Müdahale Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberi (EK IV)

Araştırmaya katılan kadınlara inhalasyon uygulama basamaklarını ve dikkat edilmesi gereken noktaları belirtmek amacı ile araştırmacı tarafından literatürden [183,184,199] yararlanılarak ve uzman görüşü alınarak [200] hazırlanan inhalasyon uygulama rehberidir. Bu rehberde esansiyel yağ bulunan (citrus limon peel ve lavandula angustifolia oil) sıcak su karışımını nasıl hazırlayacağı, nasıl uygulayacağı, ne kadar süre ile uygulayacağı ve uygulamadan sonra ne yapması gerektiği yer almaktadır. Bu rehber araştırmanın müdahale grubunda yer alan her kadına inhalasyon uygulama basamakları gösterilip açıklama yapıldıktan sonra verilmiştir.

3.6.1.5. Kontrol Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberi (EK V)

Araştırmaya katılan kadınlara kontrol grubunun inhalasyon uygulama basamaklarını ve dikkat edilmesi gereken noktaları belirtmek amacı ile araştırmacı tarafından literatürden [183,184,199] yararlanılarak ve uzman görüşü alınarak [200] hazırlanan inhalasyon rehberidir. Bu rehber araştırmanın kontrol grubunda yer alan her kadına inhalasyon uygulama basamakları gösterilip açıklama yapıldıktan sonra verilmiştir.

3.6.1.6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK VI ve EK VII)

Çalışmaya katılan müdahale (EK VI) ve kontrol (EK VII) grubundaki kadınlara çalışmanın amacı ve içeriği anlatıldıktan sonra yazılı izin alınmak üzere oluşturulmuş olur formudur.

3.6.2. Ön Uygulama

Araştırmacı, aromaterapi noktasında bilgisini artırmak üzere 28-30 Ocak 2012 tarihinde Ahi Evran Üniversitesi Sürekli Eğitim ve Araştırma Merkezi İle Masaj ve Doğal Terapiler Derneği iş birliği ile düzenlenen Akupresör ve Aromaterapi Kursu'na katılmıştır. Bu kurs kapsamında üç gün boyunca aromaterapi seminerlerine katılmış ve katılım belgesi almıştır (EK VIII).

Çalışmanın anket formunun işlerliği ve uygulama sürecini tespit etmek amacı ile araştırma kriterlerine uyan 6 kadına 20 Ocak 2016- 22 Şubat 2016 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra formda gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verilmiştir. Araştırmada kullanılan yağların (citrus limon ve lavandula angustifolia) uygulama şekline hiçbir değişiklik olmamış aynı şekilde devam edilmiştir. Ancak çalışmanın süresinin uzun olmasından dolayı kadınların uygulamayı bırakma istekleri olabileceği görülmüştür. O nedenle uygulamayı devam ettirmelerine yönelik en az gün aşırı telefonla görüşme ya da mesajlaşma yoluyla motivasyon sağlanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda da aynı uygulama yapılmıştır.

3.6.3. Uygulama

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alındıktan sonra müdahale ve kontrol grubundaki bireylere uygulamaya başlamadan önce araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak kadınların sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınmıştır (EKVI ve EKVII). Araştırmaya katılan kadınlardan iletişim için telefon numaraları ve adresleri alınıp, aynı zamanda araştırmacının telefon numarası da çalışmaya katılan kadınlara verilmiştir.

Kadınlara uygulanacak formlar, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile ortalama 10-15 dakika içerisinde doldurulmuştur. Çalışma süresince kadınların günlük rutin yaşantılarına müdahale edilmemiştir.

Araştırmada müdahale ve kontrol grupları arasında yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, menopoz yaşı, menopoz süresi, BKİ ve PUKİ uyku puan ortalamaları arasında benzerlik vardır ($p>0.05$;Bkz. Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3)

3.6.3.1. Müdahale Grubuna Yapılan İşlemler

Çalışmanın ön değerlendirilmesi ve ön uygulaması yapıldıktan sonra müdahale grubuna araştırma kriterlerine uyan 40 kadın ile başlanmıştır.

Müdahale grubuna uygulanan işlemler sırası ile şu şekilde olmuştur:

İlk görüşme;

Yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

- Araştırmanın amacı anlatıp yazılı ve sözlü olurları alınmıştır.
- Birey tanıtım formu, PUKİ ve MÖYKÖ doldurulmuştur.
- Nabız ve kan basıncı ölçümleri yapılmıştır.
- Müdahale Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberi açıklanıp uygulama birebir yapılarak gösterilmiştir.
- Kadınlara her iki yağ (citrus limon ve lavandula angustifolia) kendi şişesinde karıştırılmadan teslim edilmiştir. Kadınların rutin yatma saatleri için herhangi bir öneride bulunulmamıştır. İnhalasyon uygulamasını yatmadan hemen önce yapılması gerektiği söylenmiştir. İnhalasyon uygulaması için literatür ve uzman görüşünün [185] önerisi doğrultusunda 200 ml kaynatılmış sıcak suya 2 damla lavanta yağı ve 2 damla limon yağı damlatılarak oluşturulan buğu ile 30 cm mesafeden örtü altında 5 dakika boyunca uygulanmıştır. Buğu esnasında gözlerini kapatmaları ve burundan nefes alıp ağızdan vermeleri söylenmiştir. Yaşam bulguları ve alerjik reaksiyonlar yönünden değerlendirilmiştir.

- İnhalasyon uygulamasını bir gün sonra başlamalarını ve bir ay boyunca her gün yapmaları istenmiştir.

Müdahale grubundaki kadınlara verilecek esansiyel yağlar ecza deposundan temin edilmiştir. Eczane aracılığıyla alınan yağlar kullanılmıştır. İnhalasyon yolu ile uygulanacak olan yağlar lavanta ve limon yağıdır. Esansiyel yağların faydaları Tablo 3.1’de verilmiştir.

Ara Görüşmeler;

- Kadınların uygulamanın yürütülüşünde ve yapılmasında herhangi bir sorun olup olmadığına belirlemek ve çalışmaya devamlılığı sağlamak amacıyla telefonla her akşam görüşme yapılmıştır.

Son Görüşme;

Yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

- PUKİ ve MÖYKÖ doldurulmuştur.
- Nabız ve kan basıncı ölçümleri yapılmıştır.

3.6.3.2. Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler

Kontrol grubu plasebo olarak çalışılmıştır. Plasebo olarak da sadece kaynatılmış su kullanılmıştır.

Kontrol grubuna uygulanan işlemler sırası ile şu şekilde olmuştur:

İlk görüşme;

Yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

- Araştırmanın amacı anlatıp yazılı ve sözlü olurları alınmıştır.
- Birey tanıtım formu, PUKİ ve MÖYKÖdoldurulmuştur.
- Nabız ve Kan Basıncı ölçümleri yapılmıştır.
- Kontrol Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberiaçıklanmıştır.

- İnhalasyon uygulamasını yatmadan hemen önce yapılması gerektiği söylenmiştir. İnhalasyon uygulaması için uzman görüşünün [185] önerisi doğrultusunda 200 ml kaynatılmış sıcak suyu bir kaba koyarak 30 cm mesafeden örtü altında 5 dakika boyunca burundan nefes alarak kalmaları istenmiştir. Buğu esnasında gözlerini kapatmaları ve burundan nefes alıp ağızdan vermeleri söylenmiştir. Uygulama araştırmacı ile birlikte yapılmıştır.
- Kontrol uygulamasını bir gün sonra başlamalarını ve bir ay boyunca her gün yapmaları istenmiştir.

Ara Görüşmeler;

- Kadınların uygulamanın yürütülüşünde ve yapılmasında herhangi bir sorun olup olmadığına belirlemek ve çalışmaya devamlılığı sağlamak amacıyla telefonla her akşam görüşme yapılmıştır.

Son Görüşme;

Yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

- PUKİ ve MÖYKÖ doldurulmuştur.
- Nabız ve kan basıncı ölçümleri yapılmıştır.

Kontrol grubuna dahil edilen kadınlardan altısı herhangi bir fayda görmediklerini söyleyerek araştırmadan ayrılmışlardır.

3.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1.Bağımsız değişkenler; Kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, maddi durumu), obstetrik hikayesi (gebelik, doğum, çocuk sayısı ve menopoz yaşı), boy, kilo, kan basıncı ve nabız bağımsız değişkendir.

3.7.2. Bağımlı değişkenler; PUKİ, MÖYKÖ puan ortalamalarıdır.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Kadınlara ilişkin veriler toplandıktan sonra bilgisayarda SPSS 15.0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı ve R Studio 3.2.2 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu histogram, q-q grafikleri ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir.Veriler normal dağılım göstermediğinden analizde nonparametrik testler uygulanmıştır. Kadınlara yönelik tanıtıcı bilgiler tablolarda sayı, yüzdelik dağılımları şeklinde verilmiştir. Ortancalara ek olarak ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, gruplar arası farklılığı test etmek için Ki-kare, MC pearson testi, ikili gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ölçümler arası karşılaştırmalarda tekrarlı ölçümler de Wilcoxon t testi, veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada tüm karşılaştırmalarda α yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.9.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (EK IX) ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'dan yazılı izin (EK X) alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan PUKİ için Türkiye de indeksin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün'den izin alınmıştır. Çalışmaya alınma ölçütlerine karşılayan bireylere araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak çalışmaya katılmaya istekli olan tüm kadınlardan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" (EK VI ve EK VII) ile yazılı olurları alınmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uyku ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1.'de kadınların bazı sosyo-demoğrafik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubu kadınların sosyo-demoğrafik özellikler açısından benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.'de kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubu kadınların obstetrik özellikler bakımından benzerdir ($p>0.05$).

Tablo 4.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	GRUPLAR				Toplam (n=57)
	Müdahale Grubu (n=27)		Kontrol Grubu (n=30)		
	n	%	n	%	
Yaş					
45-49 yaş	4	14.8	5	16.7	9
50-54 yaş	14	51.9	16	53.3	30
55-59 yaş	9	33.3	9	30.0	18
	$X^2= 0.087$		$p= 0.958$		
Yaş Ortalaması ($\bar{X}\pm Ss$, yıl)					
	52,62±3.02		52.63±2.87		
	U= 403.00		p= 0.974		
Medeni Durum					
Evli	24	88.9	20	66.7	44
Bekar	1	3.7	2	6.7	3
Eşi ölmüş	2	7.4	4	13.3	6
Boşanmış/ayrı yaşıyor	0	0.0	4	13.3	4
	MCX²= 5.220		p= 0.161		
Eğitim Düzeyi					
Okur-Yazar /ilkokul	13	48.1	11	36.7	24
Ortaokul	5	18.5	9	30.0	14
Lise ve üzeri	9	33.3	10	33.3	19
	$X^2= 1.208$		$p= 0.547$		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	5	18.5	5	16.7	10
Çalışmıyor	22	81.5	25	83.3	47
	$X^2= 0.034$		$p= 0.854$		
Gelir Durumu					
Gelir giderden az	4	14.8	3	10.0	7
Gelir gidere denk	20	74.1	25	83.3	45
Gelir giderden fazla	3	11.1	2	6.7	5
	MCX²= 0.743		p= 0.707		
BKI					
18.5-24.9/ normal	3	11.1	8	26.7	11
25.0-29.9/ fazla kilolu	10	37.0	14	46.7	24
30.0- /I. Derece obez ve üzeri	14	51.9	8	26.6	22
	$X^2= 4.430$		$p= 0.109$		
KB Sistol ($\bar{X}\pm Ss$)					
	127.77±11.20		126.66±13.21		
	U= 397.50		p= 0.901		
KB Diastol					
	79.44±9.23		71.66±8.74		
	U= 222.00		p= 0.002		
Nabız					
	83.11±8.23		75.80±7.28		
	U= 213.500		p= 0.002		

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	GRUPLAR				Toplam (n=57)
	Müdahale Grubu (n=27)		Kontrol Grubu (n=30)		
	n	%	n	%	
Gebelik Sayısı					
Yok	1	3.7	2	6.7	3
1-3	19	70.4	23	76.7	42
4 ve üzeri	7	25.9	5	16.7	12
	MCX²= 0.892		p= 0.630		
Doğum Sayısı					
Yok	1	3.7	2	6.7	3
1-3	24	88.9	23	76.7	47
4 ve üzeri	2	7.4	5	16.7	7
	MCX²= 1.487		p= 0.559		
Yaşayan Çocuk Sayısı					
Yok	1	3.7	2	6.7	3
1-3	23	85.2	23	76.7	46
4 ve üzeri	3	11.1	5	16.7	8
	MCX²= 0.677		p= 0.775		
Düşük Sayısı					
Yok	19	70.4	28	93.3	47
1-3	7	25.9	2	6.7	9
4 ve üzeri	1	3.7	0	0	1
	MCX²= 5.358		p= 0.045		
Menopoz Yaş Ortalaması (X±Ss, yıl)					
	49.48±2.79		49.70±2.39		
	U= 384.50		p= 0.739		
Menopoz Süresi Ortalaması (X±Ss, yıl)					
	3.14±1.68		2.93±1.17		
	U= 368.50		p= 0.552		

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası PUKİ Alt Boyut Puan ortalamalarının, Ortancalarının ve Farklarının Dağılımı

PUKİ Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=27) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)			Kontrol Grubu (n=30) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)			U/P		Müdahale Grubu (n=27)	Kontrol Grubu (n=30)	U/P
	Önce (X±SS) Ortanca (%25p-75p)	Sonra (X±SS) Ortanca (%25p-75p)	Z p	Önce (X±SS) Ortanca (%25p-75p)	Sonra (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)	Z P	Önce	Sonra	PUKİ Ölçümler Arasındaki Fark* (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)		
Öznel uyku kalitesi	2.07±0.54 2.00(2.00-2.00)	1.00±0.00 1.00(1.00-1.00)	-4.564 p<0.001	2.40±0.49 2.00(2.00-3.00)	2.16±0.37 2.00(2.00-2.00)	-2.646 .008	291,00 .029	.000 p<0.001	1.057±0.54 1.00 (1.00-1.00)	0.23±0.43 0.00 (0.00-0.25)	122.00 p<0.001
Uykuya dalma süresi	2.96±0.19 3.00(3.00-3.00)	1.81±0.55 2.00(1.00-2.00)	-4.490 p<0.001	2.86±0.34 3.00(3.00-3.00)	2.80±0.40 3.00(3.00-3.00)	-0.707 .480	366,00 .203	90,00 p<0.001	1.14±0.60 1.00 (1.00-2.00)	0.06±0.52 0.00 (0.00-0.00)	90.50 p<0.001
Uyku süresi	2.81±0.39 3.00(3.00-3.00)	1.92±0.67 2.00(1.00-2.00)	-4.179 p<0.001	2.96±0.18 3.00(3.00-3.00)	3.00±0.00 3.00(3.00-3.00)	-1.000 .317	343,50 .064	75,00 p<0.001	0.88±0.64 1.00 (0.00-1.00)	-0.03±0.18 0.00 (0.00-0.00)	101.50 p<0.001
Alışılmış uyku etkinliği	2.77±0.64 3.00(3.00-3.00)	2.18±1.03 3.00(2.00-3.00)	-3.025 .002	2.96±0.18 3.00(3.00-3.00)	2.86±0.43 3.00(3.00-3.00)	-1.134 .257	358,00 .126	246,50 .001	0.59±0.84 0.00 (0.00-1.00)	0.10±0.48 0.00 (0.00-0.00)	271.50 .006
Uyku bozukluğu	1.96±0.51 2.00(2.00-2.00)	1.51±0.50 2.00(1.00-2.00)	-3.464 .001	1.83±0.37 2.00(2.00-2.00)	1.76±0.43 2.00(1.75-2.00)	-0.816 .414	360,00 .311	304,50 .052	0.44±0.50 0.00 (0.00-1.00)	0.06±0.44 0.00 (0.00-0.00)	264.00 .005
Gündüz işlev bozukluğu	2.25±0.52 2.00(2.00-3.00)	1.29±0.46 1.00(1.00-2.00)	-4,564 p<0.001	2.20±0.48 2.00(2.00-2.25)	2.00±0.52 2.00(2.00-2.00)	-2.449 .014	381,50 .638	158,00 p<0.001	0.96±0.51 1.00 (1.00-1.00)	0.020±0.40 0.00 (0.00-0.00)	132.00 p<0.001
PUKİ toplam	14.85±1.23 15.00 (14.00-15.00)	9.74±2.12 10.00 (8.00-11.00)	-4,562 p<0.001	15.20±0.92 15.00 (15.00-16.00)	14.60±1.10 15.00 (14.00-15.00)	-2.46 .014	325,00 .177	6.00 p<0.001	5.11±1.73 5.00 (4.00-6.00)	0.60±1.19 0.50 (0.00-1.00)	8.50 p<0.001

*PUKİ puan farkları başlangıç izlemde alınan puandan son izlemde alınan puan çıkarılarak elde edilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası PUKİ alt boyut puan ortalamalarının, ortancalarının ve farklarının dağılımı Tablo 4.3’de yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların **başlangıç izlemde** PUKİ ölçeği puan ortalamaları; öznel uyku kalitesi alt boyutunda 2.07 ± 0.54 , uykuya dalma süresi alt boyutunda 2.96 ± 0.19 , uyku süresi alt boyutunda 2.81 ± 0.39 , alışılmış uyku etkinliği alt boyutunda 2.77 ± 0.64 , uyku bozukluğu alt boyutunda 1.96 ± 0.51 , gündüz işlev bozukluğu alt boyutunda 2.25 ± 0.52 ve toplamda 14.85 ± 1.23 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların **başlangıç izlemde** PUKİ ölçeği puan ortalamaları; öznel uyku kalitesi alt boyutunda 2.40 ± 0.49 , uykuya dalma süresi alt boyutunda 2.86 ± 0.34 , uyku süresi alt boyutunda 2.96 ± 0.18 , alışılmış uyku etkinliği alt boyutunda 2.96 ± 0.18 , uyku bozukluğu alt boyutunda 1.83 ± 0.37 , gündüz işlev bozukluğu alt boyutunda 2.20 ± 0.48 ve toplamda 15.20 ± 0.92 olarak bulunmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarının PUKİ alt boyutlarından öznel alt boyut hariç diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Müdahale grubundaki kadınların **son izlemde** PUKİ ölçeği puan ortalamaları; öznel uyku kalitesi alt boyutunda 1.00 ± 0.00 , uykuya dalma süresi alt boyutunda 1.81 ± 0.55 , uyku süresi alt boyutunda 1.92 ± 0.67 , alışılmış uyku etkinliği alt boyutunda 2.18 ± 1.03 , uyku bozukluğu alt boyutunda 1.51 ± 0.50 , gündüz işlev bozukluğu alt boyutunda 1.29 ± 0.46 ve toplamda 9.74 ± 2.12 olarak bulunmuştur. Araştırmada müdahale grubuna yapılan uygulamadan sonra PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının başlangıç izleme göre istatistiksel olarak önemli derecede düştüğü bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki kadınların **son izlemde** PUKİ ölçeği puan ortalamaları; öznel uyku kalitesi alt boyutunda 2.16 ± 0.37 , uykuya dalma süresi alt boyutu 2.80 ± 0.40 , uyku süresi alt boyutunda 3.00 ± 0.00 , alışılmış uyku etkinliği alt boyutunda 2.86 ± 0.43 , uyku bozukluğu alt boyutunda 1.76 ± 0.43 , gündüz işlev bozukluğu alt boyutunda 2.00 ± 0.52 ve toplamda 14.60 ± 1.10 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada kontrol grubuna yapılan uygulamadan sonra PUKİ uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, ve uyku bozukluğu alt boyut puan ortalamalarında başlangıç izleme göre istatistiksel olarak önemli farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). PUKİ öznel uyku kalitesi, gündüz işlev bozukluğu alt boyutu ve toplam puan ortalamalarında başlangıç izleme göre istatistiksel olarak önemli farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Araştırmada müdahale ve kontrol grubu arasındaki **son izlem** verilerine bakıldığında uykü bozukluğu alt boyutu haricinde PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların başlangıç ve son izlemdaki PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası PUKİ Alt Boyut Puan ortalamalarının Yüzde Değişiminin, Ortancalarının ve Ortalamalarının Dağılımı

PUKİ Alt Boyutları	GRUPLAR		p
	Müdahale Grubu (n=27) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)	Kontrol Grubu (n=30) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)	
Öznel Uykü Kalitesi	-32.72±13.46 -33.3(-33.3/-33.3)	-4.67±8.60 0.0(0.0/0.0)	<0.001 güç: %1.00
Uykuya Dalma Süresi	-25.56±16.01 -20.0(-50.0/-20.0)	-1.33±10.42 0.0(0.0/0.0)	<0.001 güç: %1.00
Uykü Süresi	-27.74±16.31 -20.0(-33.3/0.0)	0.67±3.65 0.0(0.0/0.0)	<0.001 güç: %1.00
Alışılmış Uykü Etkinliği	-17.44±28.71 0.0(-20.0/0.0)	-2.33±11.04 0.0(0.0/0.0)	0.004 güç: %0.684
Uykü Bozukluğu	-13.33±15.69 0.0(-33.3/0.0)	-2.22±14.99 0.0(0.0/0.0)	0.008 güç: %0.712
Gündüz İşlev Bozukluğu	-27.78±14.32 -33.3(-33.3/-20.0)	-5.33±11.26 0.0(0.0/0.0)	<0.001 güç: %1.00
PUKİ Toplam	-21.64±9.71 -20.0(-25.0/-15.38)	-2.06±4.11 -1.6(-3.5/0.0)	<0.001 güç: %1.00

Veriler ortalama±standart sapma ve ortanca(1.çeyrek/3çeyrek) olarak ifade edilmiştir. Çalışma sonrası güç analizleri güç olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.4’de Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası PUKİ alt boyut puan ortalamalarının yüzde değişiminin, ortancalarının ve ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubu arasında öznel uykü kalitesi, uykuya dalma süresi, uykü süresi, alışılmış uykü etkinliği, uykü bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu PUKİ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının değişkenlerinin yüzde değişimi karşılaştırıldığında aralarındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılık; öznel uykü kalitesi, uykuya dalma süresi, uykü süresi, alışılmış uykü etkinliği, uykü bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu

PUKİ alt boyutları ve toplam değişkenlerinin yüzde değişiminin müdahale grubundaki değerinin kontrol grubundan düşük olmasından kaynaklanmaktadır.



Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ Alt Boyut Puan ortalamalarının, Ortancalarının ve Farklarının Dağılımı

MÖYKÖ Alt Boyutları	Müdahale Grubu(n=27) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)			Kontrol Grubu (n=30) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)			U/P		MüdahaleG rubu (n=27)	Kontrol Grubu (n=30)	U/P
	Önce (X±SS) Ortanca (%25p-75p)	Sonra (X±SS) Ortanca (%25p-75p)	Z p	Başlangıç izlem (X±SS) Ortanca (%25p-75p)	Son izlem (X±SS) Ortanca (%25p- %75p)	Z p	Başlangıç izlem	Son izlem	MÖYKÖ Ölçümler Arasındaki Fark* (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)		
Vazomotor septomlar	14.77±4.04 14.00 (13.00-16.00)	12.62±3.77 12.00 (11.00-13.00)	-4.443 p<0.001	18.06±3.97 19.00 (14.00-22.00)	17.86±3.26 18.00 (14.75-21.00)	-.828 .407	238.50 .007	98.50 p<0.001	2.14±1.45 2.00 (1.00-3.00)	0.20±1.27 0.00 (-1.00-1.00)	122.00 p<0.001
Psikososyal septomlar	37.22±6.60 39.00 (31.00-41.00)	36.92±6.43 38.00 (31.00-41.00)	-.900 .368	39.63±4.81 39.50 (35.75-43.00)	39.40±4.89 40.00 (34.75-43.00)	-.437 .662	321.00 .179	310.50 .130	0.29±1.61 0.00 (0.00-1.00)	0.23±1.65 0.00 (-0.25-1.00)	368.00 0.517
Fiziksel septomlar	83.25±11.44 84.00 (77.00-90.00)	76.07±10.20 77.00 (70.00-80.00)	-3.952 p<0.001	78.50±10.36 78.00 (69.75-85.50)	79.03±10.48 79.00 (72.50-85.00)	-.694 .488	292.50 .072	726.50 .209	7.18±6.63 6.00 (5.00-10.00)	-0.53±3.35 0.00 (-1.00-0.25)	61.00 p<0.001
Cinsel septomlar	17.00±5.94 19.00 (15.00-21.00)	17.00±5.94 19.00 (15.00-21.00)	.000 1.000	13.73±8.06 16.00 (3.00-21.00)	13.73±8.06 16.00 (3.00-21.00)	.000 1.000	321.00 .176	321.00 .176	0.00±0.00 0.00 (0.00-0.00)	0.00±0.00 0.00 (0.00-0.00)	405.00 1.000
MÖYKÖ Toplam	152.25±18.80 152.00 (144.00-161.00)	142.62±16.98 142.00 (131.00-55.00)	-4.484 p<0.001	149.93±14.18 149.50 (137.50-64.00)	150.03±14.01 151.00 (137.50-61.25)	-.142 .887	379.00 .678	287.00 .059	9.62±6.36 8.00 (7.00-13.00)	-0.10±2.60 0.00 (-2.00-1.00)	56.50 p<0.001

Not: Partneriolmayan kadınlarda cinsel semptomlara yönelik sorular cevaplanmamıştır.

*PUKİ puan farkları başlangıç izlemde alınan puandan son izlemde alınan puan çıkarılarak elde edilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası MÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarının, ortancalarının ve farklarının dağılımı Tablo 4.5’de yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların **başlangıç izlemde**; MÖYKÖ ölçeği puan ortalamaları; vazomotor semptomlar alt boyutunda 14.77 ± 4.04 , psikososyal semptomlar alt boyutunda 37.22 ± 6.60 , fiziksel semptomlar alt boyutunda 83.25 ± 11.44 , cinsel semptomlar alt boyutunda 17.00 ± 5.94 ve toplamda 152.25 ± 18.80 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların **başlangıç izlemde**; MÖYKÖ ölçeği puan ortalamaları; vazomotor semptomlar alt boyutunda 18.06 ± 3.97 , psikososyal semptomlar alt boyutunda 39.63 ± 4.81 , fiziksel semptomlar alt boyutunda 78.50 ± 10.36 , cinsel semptomlar alt boyutunda 13.73 ± 8.06 ve toplamda 149.93 ± 14.18 olarak bulunmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarının MÖYKÖ alt boyutlarından vazomotor semptomlar hariç diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Müdahale grubundaki kadınların **son izlemde**; MÖYKÖ ölçeği puan ortalamaları; vazomotor semptomlar alt boyutunda 12.62 ± 3.77 , psikososyal semptomlar alt boyutunda 36.92 ± 6.43 , fiziksel semptomlar alt boyutunda 76.07 ± 10.20 cinsel semptomlar alt boyutunda 17.00 ± 5.94 ve toplamda 142.62 ± 16.98 olarak bulunmuştur. Araştırmada müdahale grubuna yapılan uygulamadan sonra MÖYKÖ alt boyutlarından psikososyal semptomlar ve cinsel semptomlar hariç diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının başlangıç izlem puanlarına göre istatistiksel olarak önemli derecede düştüğü bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki kadınların **son izlemde**; vazomotor semptomlar alt boyutunda 17.86 ± 3.26 , psikososyal semptomlar alt boyutunda 39.40 ± 4.89 , fiziksel semptomlar alt boyutunda 79.03 ± 10.48 , cinsel semptomlar alt boyutunda 13.73 ± 8.06 ve toplamda 150.03 ± 14.01 olarak bulunmuştur. Araştırma kontrol grubuna yapılan uygulamadan sonra MÖYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının başlangıç izleme göre istatistiksel olarak önemli farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Araştırmada müdahale ve kontrol grubu arasındaki son izlem verilerine bakıldığında vazomotor semptomlar hariç MÖYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0.001$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların başlangıç ve son izlemdeki MÖYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması farkları arasında psikososyal semptomlar ve cinsel semptomlar hariç diğer alt boyutlar ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ Alt Boyut Puan ortalamalarının Yüzde Değişiminin, Ortancalarının ve Ortalamalarının Dağılımı

MÖYKÖ Alt Boyutları	GRUPLAR		p
	Müdahale Grubu (n=27) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)	Kontrol Grubu (n=30) (X±SS) Ortanca (%25p-%75p)	
Vazomotor Semptomlar	-7.94±6.51 -7.3(-8.3/-4.4)	-0.17±3.53 0.0(-2.4/2.4)	<0.001 güç: %1.00
Psikososyal Semptomlar	-0.37±2.48 0.0(-1.1/0.0)	-0.32±2.22 0.0(-1.0/0.0)	0.519
Fiziksel Semptomlar	-4.48±3.90 -4.2(-5.3/-3.5)	0.32±2.32 0.0(0.0/0.7)	<0.001 güç: %1.00
Cinsel Semptomlar	0.00±0.00 0.0(0.0/0.0)	0.00±0.00 0.0(0.0/0.0)	0.999
MÖYKÖ Toplam	-3.23±2.18 -2.9(-4.5/-2.36)	0.04±0.92 0.0(-0.4/0.7)	<0.001 güç: %1.00

Veriler ortalama±standart sapma ve ortanca(1.çeyrek/3çeyrek) olarak ifade edilmiştir. Çalışma sonrası güç analizleri güç olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.6’da gruplar arasında MÖYKÖ alt boyutları MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişimi karşılaştırılmıştır. Müdahale ve kontrol grupları arasında MÖYKÖ vazomotor semptom, MÖYKÖ fiziksel semptom ve MÖYKÖ toplam yüzde değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılık MÖYKÖ vazomotor semptom, MÖYKÖ fiziksel semptom ve MÖYKÖ toplam yüzde değişiminin müdahale grubundaki değerinin kontrol grubundan düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.7. Müdahale Grubu PUKİ Alt Boyut ve Toplam ile MÖYKÖ Alt Boyut ve Toplam Değişkenlerinin Yüzde Değişiminin Birbirleri İle İlişkileri

DEĞİŞKENLER	Yaş	Öznel Uyku Kalitesi	Uykuya Dalma Süresi	Uyku Süresi	Ahşılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Gündüz İşlev Bozukluğu	PUKİ Toplam	Vazomotor Semptomlar	Psikososyal Semptomlar	Fiziksel Semptomlar	MÖYKÖ Toplam
Yaş	1											
Öznel Uyku Kalitesi	-0.225	1										
Uykuya Dalma Süresi	0.116	0.403*	1									
Uyku Süresi	0.341	-0.423*	0.132	1								
Ahşılmış Uyku Etkinliği	0.442*	-0.074	0.316	0.542**	1							
Uyku Bozukluğu	0.233	0.085	-0.125	0.130	0.254	1						
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.378	-0.363	-0.184	-0.038	0.014	-0.203	1					
PUKİ Toplam	0.476*	0.138	0.571**	0.520**	0.821***	0.357	0.121	1				
Vazomotor Semptomlar	-0.148	0.377	0.067	-0.086	0.170	0.192	-0.226	0.194	1			
Psikososyal Semptomlar	0.026	0.140	-0.041	0.186	0.260	0.360	-0.201	0.188	0.719***	1		
Fiziksel Semptomlar	0.003	0.374	0.110	0.008	0.190	-0.053	-0.199	0.131	0.333	0.080	1	
MÖYKÖ Toplam	-0.059	0.408*	0.084	0.042	0.210	0.037	-0.255	0.150	0.420*	0.225	0.953***	1

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.010$; * $p < 0.050$, korelasyon katsayısı 0.00-0.20 çok zayıf ilişki; 0.20-0.40 zayıf ilişki; 0.40-0.60 orta düzey ilişki; 0.60-0.80 yüksek düzeyde ilişki; 0.80-1.00 çok yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır.

Tablo 4.7’de müdahale grubunda yaş,öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu, PUKİ toplam, MÖYKÖ vazomotor semptomlar, MÖYKÖ psikososyal semptomlar, MÖYKÖ fiziksel semptomlar, MÖYKÖ cinsel semptomlar ve MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişiminin birbirleri ile ilişkileri incelenmiştir. Yaş değişkeni ile alışılmış uyku etkinliği ve PUKİ toplam değişkenlerinin yüzde değişimi arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Öznel uyku kalitesi değişkeninin yüzde değişimi ile uykuya dalma süresi ve MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişimi arasında orta düzeyde, pozitif yönde; uyku süresi ile orta düzeyde, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). PUKİ toplam değişkeninin yüzde değişimi ile uykuya dalma süresi ve uyku süresi yüzde değişimi arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). PUKİ toplam değişkeninin yüzde değişimi ile alışılmış uyku etkinliği değişkeninin yüzde değişimi arasında çok yüksek düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Uyku süresi değişkeninin yüzde değişimi ile alışılmış uyku etkinliği değişkeninin yüzde değişimi arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). MÖYKÖ vazomotor semptom değişkeninin yüzde değişimi ile MÖYKÖ psikososyal semptom değişkeninin yüzde değişimi arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişimi ile öznel uyku kalitesi ve MÖYKÖ vazomotor semptom değişkeninin yüzde değişimi arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişimi ile MÖYKÖ fiziksel semptom değişkeninin yüzde değişimi arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Kontrol Grubu PUKİ Alt Boyut ve Toplam ile MÖYKÖ Alt Boyut ve Toplam Değişkenlerinin Yüzde Değişiminin Birbirleri ile İlişkileri

DEĞİŞKENLER	Yaş	Özel Uyku Kalitesi	Uykuya Dalma Süresi	Uyku Süresi	Ahşılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Gündüz İşlev Bozukluğu	PUKİ Toplam	Vazomotor Semptomlar	Psikososyal Semptomlar	Fiziksel Semptomlar	MÖYKÖ Toplam
Yaş	1											
Özel Uyku Kalitesi	-0.025	1										
Uykuya Dalma Süresi	-0.077	0.235	1									
Uyku Süresi	-0.047	0.102	0.028	1								
Ahşılmış Uyku Etkinliği	0.186	-0.077	-0.029	0.036	1							
Uyku Bozukluğu	0.050	0.274	-0.169	0.431*	-0.025	1						
Gündüz İşlev Bozukluğu	-0.138	0.078	0.056	0.092	-0.097	0.129	1					
PUKİ Toplam	0.027	0.526**	0.450*	0.321	0.290	0.562**	0.450*	1				
Vazomotor Semptomlar	0.018	0.397*	0.323	0.308	0.141	0.082	-0.034	0.331	1			
Psikososyal Semptomlar	-0.320	-0.015	0.190	0.011	-0.493**	0.126	0.071	-0.031	-0.151	1		
Fiziksel Semptomlar	-0.227	0.264	0.046	-0.044	0.208	-0.200	-0.111	0.046	-0.100	-0.071	1	
MÖYKÖ Toplam	-0.370*	0.515**	0.302	0.215	0.008	0.069	0.032	0.335	0.357	0.230	0.720***	1

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.010$; * $p < 0.050$, korelasyon katsayısı 0.00-0.20 çok zayıf ilişki; 0.20-0.40 zayıf ilişki; 0.40-0.60 orta düzey ilişki; 0.60-0.80 yüksek düzeyde ilişki; 0.80-1.00 çok yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır

Tablo 4.8’de kontrol grubunda yaş, öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu, PUKİ toplam, MÖYKÖ vazomotor semptomlar, MÖYKÖ psikososyal semptomlar, MÖYKÖ fiziksel semptomlar, MÖYKÖ cinsel semptomlar ve MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişiminin birbirleri ile ilişkileri incelenmiştir. Yaş değişkeni ile MÖYKÖ toplam değişkeninin yüzde değişimi arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Öznel uyku kalitesi değişkeninin yüzde değişimi ile PUKİ ve MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişimi arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). MÖYKÖ vazomotor semptom ile öznel uyku kalitesi değişkenlerinin yüzde değişimleri arasında düşük düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). PUKİ toplam ile gündüz işlev bozukluğu ve uykuya dalma süresi değişkenlerinin yüzde değişimleri arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Uyku süresi ile uyku bozukluğu değişkenlerinin yüzde değişimleri arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). MÖYKÖ psikososyal semptomlar ile alışılmış uyku etkinliği değişkenlerinin yüzde değişimleri arasında orta düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). MÖYKÖ fiziksel semptomlar ile MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişimleri arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

İnsan yaşamının temel gereksinimlerden biri olan uyku, kadının değişen hayatı ile en çok etkileşimde bulunan bedensel bir fonksiyondur. Menopozal dönemde kadınlar uyku sorunları ve uyku kalitesinin bozulması ile sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Kadınlarda görülen uyku bozukluğu günlük yaşama uyumunu ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemektedir. Hemşireler kadınların menopozal dönemde değişen sosyal konumlarına adaptasyonunu sağlamada ve gelişen sorunlarla başetmede önemli bir rol oynarlar. Bu çalışmada menopozal dönemdeki uyku kalitesi iyi olmayan kadınlara uygulanan aromaterapi ile uyku ve yaşam kalitesi artırılması hedeflenmiştir.

Bu çalışmada uygulama öncesi müdahale ve kontrol grubunun PUKİ puan ortalaması benzer olup, her iki grupta PUKİ puan ortalaması yüksektir ($p>0.05$; Tablo 3). Kağan Ağan'ın yapmış olduğu PUKİ ve polisomnografi tetkikinin birlikte yürütüldüğü çalışmada Chien LW ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların PUKİ puan ortalamaları bizim PUKİ puan ortalamamıza göre düşüktür [34,63]. Çalışmamızda PUKİ puan ortalamasının diğer çalışmalardan farklı olmasının sebebi araştırmanın örneklemini PUKİ puan ortalaması 5 ve üzerinde olan menopozal dönemdeki kadınların yer almasıdır. Diğer çalışmada ise kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran menopoz tanısı almış ancak PUKİ puanında sınırlaması yapılmadan örnekleme alınmış kadınların oluşturmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Günümüzde aromaterapi, kadınların menopozal dönemde karşılaştıkları semptomları giderilmesinde tercih edilen bir yöntemdir. Literatürde menopozal dönemde aromaterapinin vazomotor semptomlar [61,183], psikolojik semptomlar [175,186], karın bölgesinde yağlanma ve bel ölçüsünü azaltma [188] üzerine etkisi olduğu görülen çalışmalar mevcutken, uyku kalitesine yönelik bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak literatürde menopozal dönem dışında uyku kalitesinin artırılmasına yönelik aromaterapi kullanılarak yapılan çalışmalar yer almaktadır. Yapılan bu çalışmalar incelendiğinde aromaterapi uygulanan hedef gruplarda uyku kalitesinin kontrol gruplarına göre daha iyi olduğunu göstermektedir [63,70,201-210]. Çalışmamızda da müdahale grubundaki kadınlara uygulanan inhale aromaterapiden sonra PUKİ alt boyut ve toplam puan

ortalamları uygulama öncesine göre önemli derecede düştüğü belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.3). Çalışma literatürdeki diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınlara esansiyel yağ olmadan yapılan buhar uygulamasından sonra ise öznel uyku kalitesi alt boyutu, gündüz işlev bozukluğu alt boyut ve toplam puan ortalamalarının uygulama öncesine göre istatistiksel olarak azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak araştırmada müdahale ve kontrol grubu arasındaki son izlem verilerine bakıldığında uyku bozukluğu alt boyutu dışında PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Aynı zamanda müdahale ve plasebo grubu arasında PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamaları farklarının istatistik analizinde de gruplar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$; Tablo 4.3). Çalışmamızda hem müdahale hem de kontrol grubunda yapılan uygulamaların PUKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarını düşürdüğü ancak bu düşüşün müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.3 ve 4.4). Müdahale grubunda %21'lik bir düşüş görülürken, kontrol grubunda %2'lik bir düşüş görülmektedir (Tablo 4.4). Chien LW ve arkadaşlarının uykusuzluk problemi yaşayan 45-55 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada inhale lavanta yağının PUKİ toplam puan ortalamasında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli derecede düşme gerçekleştirdiği saptanmıştır [63]. Lillehei AS ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı randomize kontrollü çalışmada inhale lavanta yağının kullanıldığı grupta PUKİ toplam puan ortalamasında %40.24 oranında düşme gerçekleştiği saptanmıştır [201]. Keshavarz Afshar M ve arkadaşlarının postpartum kadınlarda yaptığı çalışmada inhale lavanta yağı PUKİ toplam puan ortalamasında %18.09 oranında düşme gerçekleştiğini belirlemiştir [206]. Benzer şekilde Lewith GT ve arkadaşlarının uykusuzluk problemi yaşayanlardan oluşan gruba lavanta yağının kullanılması ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada müdahale grubunda PUKİ toplam puan ortalamasında 2.5 puan kadar bir düşme gerçekleştiği belirlenmiştir [70]. Bizim çalışmamızda müdahale grubunda PUKİ toplam puanda 5.11 puanlık düşüş olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın sonucu daha önce yapılan bu çalışmaların sonuçları gibi PUKİ toplam puanda düşüşe sebep olduğu görülmüştür. Müdahale grubundaki kadınların PUKİ alt boyut ve toplam puanlarının azalması **"aromaterapinin menopozal dönemdeki kadınlarda uyku kalitesini artırır"**

hipotezini desteklemektedir. Bu çalışma ayrıca buhar uygulamasının da minimal olarak uyku kalitesini artırıcı olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada uygulama öncesi müdahale ve kontrol grubunun MÖYKÖ puan ortalaması vazomotor semptomlar dışında benzerdir. Çalışmamızda müdahale grubuna uygulanan inhale aromaterapinin MÖYKÖ alt boyutları olan vazomotor semptomlar, fiziksel semptomlar ve MÖYKÖ toplam puan üzerinde kontrol grubuna göre önemli derecede düşüş gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Hur MH ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada masajla yapılan aromaterapinin menopozal semptomlardan özellikle sıcak basmasında önemli derecede azalmaya neden olduğu [62], Darserah ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada aromatik yağ ile yapılan masaj ile düz yağ ile yapılan masaj grupları karşılaştırıldığında, aromatik yağ ile yapılan grubun menopozal semptomlar skorunun plasebo grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur [61]. Kazemzadeh R ve arkadaşlarının çalışmasında inhale lavanta yağının menopozda görülen sıcak basmasında deney grubunda kontrol grubuna göre önemli derecede düşüşe neden olduğu [187] ve Choi SY ve arkadaşlarının inhale portakal çiçeği yağının menopozal semptomları hafifleterek yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir [211]. Literatürdeki çalışma bulguları bizim çalışma bulgumuz ile benzer özellikte olduğunu söylemek mümkündür. Müdahale grubundaki kadınların MÖYKÖ toplam puanının azalması **"aromaterapinin menopozal dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesini artırır"** hipotezini desteklemektedir.

Çalışmada inhale aromaterapi uygulamasının möykö alt boyutları olan psikososyal semptomlar skorunda düşme yapmazken, Taavoni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise aromaterapi ile yapılan masajın aromaterapi olmadan yapılan masaj tedavisinden daha fazla menopozal dönemdeki psikolojik skoru düşürdüğü tespit edilmiştir [172].

Literatürde menopozal dönemde aromaterapinin dışında tamamlayıcı terapilerle yapılmış çalışmalarda mevcuttur. Newton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yoganın kadınlarda vazomotor semptomlar üzerinde etkisinin olmadığı fakat uykusuzluk belirtilerini hafif derecede iyileştirdiği [164]. Lambiase ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada vazomotor semptomları yaşayan kadınlarda fiziksel aktivitenin [165] ve Mansikkamaki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise aerobik eğitiminin sıcak basmasını azaltarak uyku kalitesini artırdığı [166], Cohen SM ve arkadaşlarının yaptığı

çalışma ile Broud ve arkadaşlarının çalışmasında ise akupunkturun sıcak basması ve uyku bozukluğunu rahatlatıcı etkisinin olduğu [212,213], Egelioglu' nun çalışmasında ise keten tohumunun menopozalseptomları azalttığı ve yaşam kalitesini azalttığı [214], McCurry SM ve arkadaşlarının çalışmasında da deney grubuna uygulanan telefon bazlı bilişsel davranış terapisinde kontrol grubuna göre hem sıcak basmasında hem de uyku kalitesinde anlamlı azalmaya sebep olduğu [215], Voursora E ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise vazomotor semptomların uykuda sık uyanmaya sebep olması ile uyku kalitesini etkilediği [216], Lampio Lve arkadaşlarının çalışmasında menopozda uykusuzluğu tedavi ederken gece terlemesi ve sıcak basmasının dikkate alınmasının gerektiği [217] rapor edilmesi, çalışmamızda inhale aromaterapinin MÖYKÖ alt boyutlarından vazomotor semptomlar, fiziksel semptomlar ve toplam puan üzerinde anlamlı azalmaya sebep olması ile birlikte uyku kalitesinde de anlamlı iyileşmeye neden olması (Tablo 4.5; 4.6) ayrıca öznel uyku kalitesi değişkeninin yüzde değişimi ile MÖYKÖ toplam değişkeninin yüzde değişimi arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmasının ($p<0.05$; Tablo 4.7) rastlantısal bir sonuç olmadığını göstermektedir.

Sonuç: Bu çalışmaya göre aromaterapi menopozal dönemdeki kadınlarda uyku ve yaşam kaliteleri de artmıştır.

*Müdahale grubundaki kadınlarda uygulama öncesine göre uygulama sonrası PUKİ toplam ve tüm alt boyutu puan ortalamalarının düştüğü ,

*Kontrol grubundaki kadınlarda uygulama öncesine göre uygulama sonrasında PUKİ toplam ve öznel uyku kalitesi ile gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarının düştüğü, ancak bu düşüşün müdahale ve kontrol grubu arasında PUKİ ölçümler arasındaki fark incelendiğinde anlamlı ilişki elde edildiği,

*Menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uyku kalitesini artırdığı,

*Kontrol grubuna esansiyel yağ olmaksızın uygulanan inhale buhar uygulamasının PUKİ alt boyutu olan öznel uyku kalitesi ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalamalarının uygulama sonrası düştüğü,

*Müdahale grubundaki kadınlarda uygulama öncesine göre uygulama sonrası MÖYKÖ toplam, vazomotor ve fiziksel semptomlar alt boyutu puan ortalamalarının düştüğü,

*Kontrol grubundaki kadınlarda uygulama öncesine göre uygulama sonrasında MÖYKÖ toplam ve alt boyutlarında değişme olmadığı,

*Öznel uyku kalitesi değişkeninin yüzde değişimi ile uykuya dalma süresi, uyku süresi ve MÖYKÖ toplam değişkenlerinin yüzde değişimi arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Öneriler: Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

*Sağlık personelleri tarafından menopoz dönemindeki uyku problemi yaşayan kadınlara lavanta yağı ile yapılan inhale aromaterapinin önerilmesi ve teşvik edilmesi,

*Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku kalitesini artırmaya yönelik, aromaterapinin farklı yöntem, süre ve esansiyel yağlarla karşılaştırılmalı randomize kontrollü çalışmalarda yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Taşkın, L., “Kadın Hayatının Devreleri”, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, 8. baskı, Taşkın L., *Sistem Ofset Matbaacılık*, Ankara, s. 435-448, 2009.
2. Karanisoğlu, H., Dinç, H., “Klimakterik Dönem”, Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı, 1. Baskı, *Koç Ünv. Yayınları*, Coşkun A., İstanbul, s.444-456, 2012.
3. Özkan, S., “Klimakteriyum ve menopoz”, Kadın Sağlığı Kitabı, Şirin A., Kavlak O., Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s.234-268, 2008.
4. Özcan, H., Oskay, Ü., "Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar", *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163, 2013.
5. Çelik, A., Pasinlioğlu, T., "Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü", *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 47-56, 2013.
6. Gharaibeh, M., Al-Obeisat, S., Hattab, J., “Severity of menopausal symptoms of Jordanian women”, *Climacteric*, 13(4), 385-394, 2010.
7. İnternet: Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği(TJOD), “Menopause age”, www.tjod.org, erişim:30.06.2016.
8. Kaya, O., Dane, C., Kaya, E., Semiz, EE, “Predictive value of endometrial thickness in detecting endometrial malignancy in patients with postmenopausal bleeding”, *Tıp Bülteni*, 164-167, 2014.
9. İnternet: Sağlık Bakanlığı, "Hemşirelik Yönetmeliği", www.saglik.gov.tr.
10. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu(TUİK), “2013-2014 Menopoz”, www.tuik.gov.tr.
11. Derman, S., “ Menopoz ve uyku bozuklukları”, Menopoz-Tedavisi ve Kanser, Atasü, T., Özekici, Ü., Hekim, N., *Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, s. 95-108, 2001.
12. Başer, M., "Hormon replasman tedavisinin yaşam kalitesine etkisi", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Ankara, s. 1-10, 2002.
13. Özgür, G., Yıldırım, S., Komutan, A., “Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 35-43, 2010.
14. Çetin, Ö.E., Eroğlu K., “Menapoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başatme yolları”, *DEUHFED*, 8 (4),219-22, 2015.
15. Sun, D., Shao, H., Li, C., Tao, M., “Sleep disturbance and correlates in menopausal women in Shanghai". *J Psychosom Res.*, 76(3), 237-41, 2014.

16. Paul, KN., Turek, FW., Kryger, MH., "Influence of sex on sleep regulatory mechanisms", *J Womens Health*, 17(7), 1201-1208, 2008.
17. Ertekin, Ş., Doğan D., "Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi", *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, s.222-227, Erzurum, 1999.
18. Karadağ, M., "Uyku bozuklukları sınıflaması", *Akciğer Arşivi*, 8, 88-91, 2007.
19. Şen, AGE., Saruhan, YDDA, "Menopoz ve hormon replasman tedavisi ile ilgili kanıta dayalı çalışmalar", *Araştırma ve Kültür Dergisi*, 11(5), 45-52, 2010.
20. Aydın, P., Günay, T., Baydur, H., "İzmir'de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi", *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 10 (3), 88-93, 2012.
21. Omaç, M., Güneş, G., Aylaz, R., "Malatya il merkezindeki 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz ve ilişkilifaktörlerin belirlenmesi", *E-journal of New World Sciences Academy*, 4(3), 59- 64, 2009.
22. Kravitz, HM., Ganz, PA., Bromberger, J., Powel, LH., Tyrreell, KS. and Meyer, MM., "Sleep difficulty in women at midlife: A community survey of sleep and the menopausal transition", *Menopause*, 10(1), 19-28, 2003.
23. Lai, JN., Chen, CM., Chen, PC., Wang, JD., "Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: Assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire", *Climacteric*, 9, 119-128, 2006.
24. Shin, C., Lee, S., Lee, T., Shin, K., Yi, H., Kimm, K. et al., "Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women", *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 395- 402, 2005.
25. Chung, KF., Tang, MI., "Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women", *Maturitas*, 53, 396-404, 2006.
26. Cheng, MH., Hsu, CY., Wang, SJW., Lee, SJ., Wang, PH. and Fuh, JL., "The relationship of selfreported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study", *Menopause*, 15(5), 958-962, 2008.
27. Singh, A., Pradhan, SK., "Menopausal symptoms of postmenopausal women in a rural community of Delhi, India: A cross-sectional study", *J Midlife Health*, 5(2), 62-67, 2014.
28. Taavoni, S.,Ekbatani, N., Kashaniyan, M., Haghani, H., "Effect of valerian on sleep quality in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled clinical trial", *Menopause*, 18,951-955, 2011.

29. Terauchi, M., Obayashi, S., Akiyoshi, M., Katoand, K., " İnsomnia in Japanese peri and postmenopausal women". *Climacteric*, 13, 479-486, 2010.
30. Simon, JA., Reape, K.Z., "Understanding the menopausal experiences of professional women". *Menopause*, 16(1), 73-76, 2009.
31. Perez, JA., Garcia F.C., Palacios S., Perez, M., "Epidemiology of risk factors and symtompns associated with menopause in spanish women". *Maturitas*, 62(1), 30-36, 2009.
32. Timur, S., Şahin, N.H., "Effects of sleep disturbance on the quality of life of turkish menopausal women: population-based study", *Tthe European Memopause Journal*, 64(3), 177-181, 2009.
33. Ayrim, A., Keskin E.A., Özol, D., "Pittsburgh sleep quality index scores and their relationship with body measurements in latemenopause patients". *Turk J Med Sci*, 44(5), 799-803, 2014.
34. Ağan, A., Özmerdivenli, R., Değirmenci, Y., "Evaluation of sleep in women with menopause: results of the Pittsburg Sleep Quality Index and polisomnography", *J Turk Ger Gynecol Assoc*, 16, 149-152, 2015.
35. Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A., "Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113, 2014.
36. Ayrancı, Ü., Orsal, O., " Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study", *BMC Women's Health*, 1(1), 1-14, 2010.
37. Koç, Z., Sağlam, K., " Klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi", *Aile ve Toplum*, 10(4), 100-112, 2008.
38. Aydoğmuş, S., Yavuz, BB., "Geriatrik yaş grubunda kadın sağlığı: yaşla beraber gelişen jinekolojik ve fizyolojik değişiklikler", *akadgeriatri.org*, 2010.
39. Joffe, A., Massler, K., Sharkey, "Evaluation and management of sleep disturbance during the menopause transition", *Semin. Reprod. Med.*, 28, 404–421, 2010.
40. Polo-Kantola, P., "Sleep problems in midlife and beyond", *Maturitas*, 68, 224–232, 2011.
41. Bolge, S., Balkrishnan, R., Kannan, H., Seal, B., Drake, C., "Burden associated with chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among women with menopausal symptoms", *Menopause*, 17(1), 80–6, 2010.
42. Knutson, K., Spiegel, K., Penev, P., van Cauter E. "The metabolic consequences of sleep deprivation", *Sleep Med Rev*, 11(3), 163–78, 2007.
43. Sands-Lincoln, M., Loucks, EB., Lu, B., Carskadon, MA., Sharkey, K., Stefanick, ML., Ockene, J., Shah, N., Hairston, KG., Robinson, JG., Limacher, M., Hale, L., Eaton, CB.,

- “Sleep duration, insomnia, and coronary heart disease among postmenopausal women in the Women's Health Initiative”. *J Womens Health (Larchmt)*, 22(6), 477-86, 2013.
44. Buysse, D.J., "Insomnia", *JAMA*, 309, 706–716, 2013.
 45. Fernandez-Mendoza, Calhoun, S., Bixler, E.O., Pejovic, S., Karataraki, M., Liao, D., Velabueno, A., Ramos-Platon, M.J., Sauder, K.A., Vgontzas, A.N., "Insomnia with objective short sleep duration is associated with deficits in neuropsychological performance: a general population study", *Sleep*, 33, 459–465, 2010.
 46. Vgontzas, A.N., Liao, D., Pejovic, S., Calhoun, S., Karataraki, M., Bixler, E.O., "Insomnia with objective short sleep duration is associated with type 2 diabetes: a population-based study", *Diabetes Care*, 32, 1980–1985, 2009.
 47. Vgontzas, A., Fernandez-Mendoza, J., Bixler, E., Singareddy, R., Shaffer, M., Calhoun, S., Liao, D., Basta, M., Chrousos, G., "Persistent insomnia: the role of objective short sleep duration and mental health", *Sleep*, 35, 61–68, 2012.
 48. Irwin, M., "Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective", *Annu. Rev. Psychol.*, 66, 143–172, 2015.
 49. Altınbaş, NK., Altınbaş, Ş., Altınbaş, M., "Menopozda hormon replasman tedavisi; mamografik bulgularda değişiklikler", *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(4), 168-169, 2010.
 50. Million Women Study Collaborators, "Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study", *The Lancet*, 362, 419-427, 2003.
 51. Stuenkel, CA., Davis, SR., Gompel, A., Lumsden, MA., Murad, MH., Pinkerton, JV., Santen, RJ., "Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline", *J Clin Endocrinol Metab.*, 100(11), 3975-4011, 2015.
 52. Pinkerton, JV., Abraham, L., Bushmakin, AG., Cappelleri, JC., Racketa, J., et al. "Evaluation of the efficacy and safety of bazedoxifene/conjugated estrogens for secondary outcomes including vasomotor symptoms in postmenopausal women by years since menopause in the Selective estrogens", *Menopause and Response to Therapy (SMART) trials. J Womens Health (Larchmt)*, 23, 18–28, 2014.
 53. Grodstein, F., Colditz, GA., Stampfer, MJ., "Postmenopausal hormone use and cholecystectomy in a large prospective study", *Obstet Gynecol*, 83(1), 5-11, 1994.
 54. Vickers, MR., Martin, J., Meade, TW., WISDOM study team, "The Women's international study of long-duration oestrogen after menopause (WISDOM): a randomised controlled trial", *BMC Womens Health*, 7(2), 1-17, 2007.
 55. Ernster, VL., Bush, TL., Huggins, GR., Hulka, BS., Kelsey, JL., Schottenfeld, D., Benefits and "risks of menopausal estrogen and/or progestin hormone use", *Prev Med*, 17(2), 201-23, 1988.

56. Gompel, A., "Micronized progesterone and its impact on the endometrium and breast vs. progestogens", *Climacteric*, 15(1), 18-25, 2012.
57. Gadducci, A., Guerrieri, ME., Genazzani, AR., "Benign breast diseases, contraception and hormone replacement therapy", *Minerva Gynecol*, 64(1), 67-74, 2012.
58. Sağkal, T., Demiral, T., Odabaş, H., Altunok, E., "Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları", *Fırat Üniv, Sağlık Bilimler Tıp Dergisi*, 27 (1), 19 -26, 2013.
59. Başaran, A., "Natural Aromatherapy: Herbs & Essences", *Turkiye Klinikleri Journal Medicine Science*, 29, 86-94, 2009.
60. Tatlı, İ., "Doğal Aromaterapötik Yağlar ile Cilt Terapisi", *Turkiye Klinikleri Journal of Cosmetic Dermatology*, 5(4), 46-53, 2012.
61. Darsareh, F., Taavoni, S., "Effect of aromatherapy massage on menopausal symptoms: a randomized placebo-controlled clinical trial", *Menopause Journal*, 19(9), 995-9, 2012.
62. Hur, MH., Yang, YS., Lee, MS., "Aromatherapy massage affects menopausal symptoms in korean climacteric women", *Advance Access Publication*, 5(3), 325–328, 2008.
63. Chien, LW., Cheng, SL., Liu, CF., "The effect of lavender aromatherapy on autonomic nervous system in midlife women with insomnia", *Journal of Natural Sciences Research*, 3(5), 192-206, 2013.
64. Ju, Ms., Lee, S., Bae, I., Hur, Mh., Seong, K., Lee, Ms., "Effects of aroma massage on home blood pressure, ambulatory blood pressure, and sleep quality in middle-aged women with hypertension", *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 1-8, 2013.
65. Kanitkar, A., Aadkar, K., Shastri, K., "Personalised treatment options for menopausal women using ayurveda and aromatherapy", *International J. Pharm. Sci. Rev. Res.*, 26(2), 197-200, 2014.
66. Han-Na, J., Hyun-Ju, C., "Effects of lavandula angustifolia aroma on electroencephalograms in female adults with sleep disorders", *Journal of Life Science*, 22(2), 192- 199, 2012.
67. Koulivand, PH., Khaleghi, G., Gorji, A., "Lavender and the nervous system", *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 1-11, 2013.
68. Moeini, M., Khadibi, M., Bekhradi, R., et al., "Effect of aromatherapy on the quality of sleep in ischemic heart disease patients hospitalized in intensive care units of heart hospitals of the Isfahan University of Medical Sciences", *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(4), 234–239, 2010.
69. Hirokawa, K., Nishimoto, T., Taniguchi, T., "Effects of lavender aroma on sleep quality in healthy Japanese students", *Perceptual & Motor Skills*, 114(1), 111–122, 2012.

70. Lewith, GT., Godfrey, AD., Prescott, P.A., "single-blinded, randomized pilot study evaluating the aroma of *Lavandula augustifolia* as a treatment for mild insomnia", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(4), 631–637, 2005.
71. Ulusoy, N., Kukulu, K., "Kadınlarda uyku sorunlarının menopoza ile ilişkisi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 210-213, 2013.
72. Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F., "Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi", *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(1), 67-99, 2011.
73. Görgel, EB., Çakıroğlu, FP., "Menopoz döneminde kadın", *Ankara Üniversitesi Basımevi*, s. 12, Ankara, 2007.
74. İnternet: International Menopause Society, "Menopause", www.imsociety.org, Erişim: 06.06.2016.
75. İnternet: WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 866. Geneva: World Health Organization, 1996, www.who.int > WHO IRIS.
76. Steinberg, E.M., Rubinow, D.R., Bartko, J.J., Fortinsky, P.M., Haq, N., Thompson, K., Schmidt, P.J." A cross-sectional evaluation of perimenopausal depression", *Clin Psychiatry*, 69(6), 973-980, 2008.
77. Şahin, S., Sözeri, CU., Cevahir, R., "Menopoz ve cinsel yaşam", *Androloji Bülteni*, 33, 171- 3, 2008.
78. Çiçek, M., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A., "Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi", *Güneş Kitabevi*, s.1163-1180, Ankara, 2004.
79. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA), "Menopoz", www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa, 2013.
80. Güngör, ANÇ., Uludağ, A., Coşar E., "Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi", *Türk Aile Hek Derg*, 18(1), 25-30, 2014.
81. Özaydın, A., Güllüoğlu BM., "Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları", *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(4), 214-224, 2009.
82. Nichols, HB., Trentham-Dietz, A., Hampton, JM., et al. "From menarche to menopause: trends among US women born from 1912 to 1969", *Am J Epidemiol*, 15, 1003-11, 2006.
83. Lee, MS., Kim, JH., Park, MS., et al. "Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women", *J Korean Med Sci*, 25, 758-65, 2010.
84. Palacios, S., Henderson, VW., Siseles, N., Tan, D., Villaseca, P., "Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region", *Climacteric*, 13, 419-28, 2010.

85. Peeyananjarassri, K., Cheewadhanaraks, S., Hubbard, M., et al. "Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand", *Climacteric*, 9, 23-9,2006.
86. Topçuoğlu, D., Topçuoğlu, MA., " Menopozda Cinsel Ya- şamın Organik ve Psikolojik Yönü", *Haseki Tıp Bülteni*, 42(3), 177-182, 2004.
87. Ceylan, B., Özerdoğan, N., "Menapoza girme yaşımı etkileyen faktörler ve manopozda yaşam kalitesinin belirlenmesi", *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 12(1), 43-49, 2015.
88. Loprinzi, CL., Barton, DL., "On hot flash mechanism, measurement and treatment". *Menopause*, 16, 621- 3, 2009.
89. Joan, LFS., "The interface of depression, sleep and vasomotor symptoms". *Menopause*, 16, 626-9, 2009.
90. Col, NF, "Guthrie JR, Politi M, Dennerstein L. Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study", *Menopause*, 16, 453- 7, 2009.
91. Lewis, V. "Undertreatment of menopausal symptoms and novel options for comprehensive management", *Cur Med Res Opin*, 25, 2689-98, 2009.
92. Pamuk, G., Kutlu, R., Civi, S., "Evaluation of quality of life in postmenopausal women with and without osteoporosis using the QUALEFFO-41 scale/Osteoporozu olan ve olmayan postmenopozal kadınlarda QUALEFFO-41 ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi", *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(2), 139+, 2014.
93. Abay, H., Kaplan, S., Pınar, G., Akalm, A., "Çağın Pandemisi: Osteoporoz Ve Güncel Yaklaşımlar", *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(2), 1-12, 2014.
94. Sioka, C, Fotopoulos, A., Georgiou, A., Xourgia, X., Papadopoulos, A., Kalef-Ezra, JA., "Age at menarche, age at menopause and duration of fertility as risk factors for osteoporosis", *Climacteric*, 13, 63-71, 2010.
95. Qian, G., Xue, K., Tang, L., et al. "Mitigation of oxidative damage by green tea polyphenols and Tai Chi exercise in postmenopausal women with osteopenia". *PLOS ONE*, 7(10), 1-9, 2012.
96. Taşkale, MG., Sermez, Y, "Osteoporosis and its relationship with various risk factors in postmenopausal women in Denizli province", *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 30, 1958-64, 2010.
97. Kutlu, R., Çivi, S., "Postmenopozal kadınlarda osteoporoz sıklığı ve FRAX™ skalası kullanılarak 10 yıllık kırık riskinin hesaplanması", *Türk J Phys Med Rehab*, 58, 126-35, 2012.
98. Çakmak, B., İnanır, A., Öztürk, G., "Kemik Mineral Yoğunluğu Açısından Menopoz Sonrası Kadınlar ile Geriatrik Dönem Kadınların Karşılaştırılması", *Türk Osteoporoz Dergisi*, 18, 86-8, 2012.
99. Rosano, GM., Maffei, S., Andreassi, MG., Vitale, C., Vasselle, C., Gambacciani, M., "Hormone replacement therapy and cardioprotection: a new dawn? A statement of the Study Group on

- Cardiovascular Disease in Women of the Italian Society of Cardiology on hormone replacement therapy in postmenopausal women”, *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*, 10, 85-92, 2009.
100. Kayataş, S., Meşeci, E., Dal, S., Bostancı, M., Kanadıkırık, F., “Oral replasman Tedavisinin Serum Lipit Profili ve İnternal Karotis Arter Pulsatilite İndeksi Üzerine Etkileri”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 19, 137-140, 2004.
101. Appelros, P., Stegmayr, B., Terent, A., "Sex difference in stroke epidemiology: a systematic review", *Stroke*, 40, 1082-1090, 2009.
102. Akbulut, G., “Does the Prevalence of Metabolic Syndrome in Pre- and Post-Menopausal Women Differ by the ATP III and IDF Criteria?”, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 31(6), 1463-70, 2011.
103. Jeenduang, N., Trongsakul, R., Inhongs, P., Chaidach, P., “The prevalence of metabolic syndrome in premenopausal and postmenopausal women in Southern Thailand”, *Gynecol Endocrinol*, 30, 573-6, 2014.
104. Şahin, GT., Salman, S., Ayanoğlu, YT., Sarıtaş, DG., “Postmenopozal Hastalarda Metabolik Sendrom Prevalansı ve Hormon Profili Üzerine Etkisi”, *Metabolik Sendrom ve Menopoz. JAREM*, 6, 35-39, 2016.
105. Heidari, R., Sadeghi, M., Talaei, M., Rabiei, K., Mohammadifard, N., Sarrafzadegan, N., “Metabolic syndrome in menopausal transition: Isfahan Healthy Heart Program, a population based study”, *Diabetol Metab Syndr*, 2(59), 1-6, 2010.
106. Ruan, X., Jin, J., Hua, L., Liu, Y., Wang, J., Liu, S., “The prevalence of metabolic syndrome in Chinese postmenopausal women and the optimum body composition indices to predict it”, *Menopause*, 17, 566-70, 2010.
107. Indhavivadhana, S., Rattanachaiyanont, M., Wongvananurak, T., Kanboon, M., Techatraisak, K., Leerasiri, P., “Predictors for metabolic syndrome in perimenopausal and postmenopausal Thai women”. *Climacteric*, 14(1), 58-65, 2010.
108. Figueiredo Neto, JA., Figuerêdo, ED., Barbosa, JB., Barbosa Fde, F., Costa, GR., Nina, VJ., “Metabolic syndrome and menopause: Cross-sectional study in gynecology clinic”, *Arq Bras Cardiol*, 95, 339-45, 2010.
109. Kömürçü, N., İşbilen, A., “Adaptation of women to sexual life during the postmenopausal period”, *Turkish Journal of Urology*, 37(4), 326-330, 2011.
110. Demirtaş, G.S., Yılmaz, H., Bilgin, O., Saygı, H., ”Postmenopozal cinsel fonksiyon bozukluklarında kan lipid profilinin ve hormonların etkileri”, *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*, 50(1), 27-32, 2011.
111. Takahashi, M., Inokuchi, T., Watanabe, C., Saito, T., Kai, I.,” The Female Sexual Function Index (FSFI): Development Of A Japanese Version”, *J Sex Med*, 8(8), 2246-2254, 2011.

- 112.Özerdoğan, N., Saymer, D., Köşkeroğlu, N., Ünsal, N., "40–65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon Ve Diğer İlişkili Faktörler", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 46-59, 2009.
- 113.Jonusiene, G., Zilaitiene, B., Adomaitiene, V., Aniuliene, R., Bancroft, J., "Sexual Function, Mood And Menopaus Symptoms In Lithuanian Postmenopausal Women", *Climacteric*, 16(1), 185-193, 2013.
- 114.Fernandes, T., Costa-Paiva, LH., Pinto-Neto, AM., "Efficacy Of Vaginally Applied Estrogen, Testosterone Or Polyacrylic Acid On Sexual Function İn Postmenopausal Women: a randomized controlled trial", *J Sex Med*, 11(5), 1262-1270, 2014.
- 115.Alarslan, D., Sarandol, A., Cengiz, C., Develioglu, OH., "Androgens And Sexual Dysfunction In Naturally And Surgically Menopausal Women". *J Obstet Gynaecol Res*, 37(8), 1027-1034, 2011.
- 116.Topatan S, Yıldız H. "Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions". *Health Care Women Int*, 33(6), 525-39, 2012.
- 117.Trompeter, SE., Bettencourt, R., Barrett-Connor, E., "Sexual Activity And Satisfaction In Healthy Community-Dwelling Older Women", *Am J Med*, 125(1), 37-43, 2012.
- 118.Şentürk, Ş., Kara, M., "Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri", *Van Tıp Dergisi*: 17 (1), 7-11, 2010.
- 119.Chedraui, P., Perez-Lopez, FR., Morales, B., Hidalgo, L., "Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors", *climacteric*, 12(5), 395-403, 2009.
- 120.Alpay, N., Kıvanç, Z.E., Ulaşoğlu, C., "Menopoz dönemindeki kadınlarda hormon profilinin depresif belirtiler ile ilişkisi". *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 171–176, 2013.
- 121.Chedraui, P., Perez-Lopez, F.R., Mendoza, M., Morales, B., Martinez, M.A., Salinas AM, Hidalgo L. "Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors". *Arch Gynecol Obstet*, 281, 879–885, 2010.
- 122.Ertekin, P., Yıldırım, G., Aksoy, Ö.D., Cesur, B., "Kadına özgü bir sorun: Menopozda ruh sağlığı", *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 787-798, 2015.
- 123.Kalarhoudi, M.A., Taebi, M., Sadat, Z., Saberi, F. "Assessment of quality of life in menopausal periods: A population study in Kashan", *Iran Red Crescent Med J*, 13(11), 811–817, 2011.
- 124.Jung, SJ., Shin, A., Kang, D., "Hormone-related factors and post-menopausal onset depression: Results from KNHANES (2010-2012)", *J Afect Disord* , 14, 176-183, 2015.

125. Pérez-López, FR., Pérez-Roncero, G., “Resilience, depressed mood, and menopausal symptoms in postmenopausal women”, *the Journal of the North American Menopause Society*, 21(2), 159-164, 2014.
126. Lianjun, P., Aixia, Z., Zhong, W., Feng, P., Li, B., Xiaona, Y., “Risk Factors For Low Sexual Function Among Urban Chinese Women: A Hospital-Based Investigation”, *J Sex Med*, 8(8), 2299-2304, 2011.
127. Umay, E., Tamkan, U., “ Osteoporoz Risk Faktörlerinin Kemik Mineral Yoğunluğuna” “, *Türk Osteoporoz Dergisi*, 17, 44-50, 2011.
128. Üstün, Y., ŞÇ, Y., “Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4, 29-38, 2011.
129. Birol, L., "Hemşirelik Süreci", *Etlik Mabaacılık*, s.51-92, İzmir, 2004.
130. Keser Özcan, N., "Temel hemşirelik: kavramlar, ilkeler, uygulamalar 2 nd ed", Akça Ay F., *İstanbul Medikal Yayıncılık*, s.409-21, İstanbul, 2008.
131. Kryger, MH., Roth, T., Dement, WC., "Principles and Practice of Sleep Medicine 4th ed.", *W.B. Saunders Company*, Philadelphia, 2005.
132. Demir, Y., " Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler 3 nd ed", Akça Ay F., *Nobel Mat.*, İstanbul, 2010.
133. Engin, AO., Calapoğlu, M., "İlköğretim okulu öğrencilerinde uyku bozuklukları dağılımı (Kars ili örneği)", *Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 29-48, 2009.
134. Ertuğrul, A., Rezaki, M., "Uyku nörolojisi ve bellek üzerine etkileri", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15, 300-308, 2004.
135. Güneş, Z., Körükcü, Ö., Özdemir, G., “Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(12), 10-17, 2009.
136. Velioğlu, P., "Hemşirelikte kavram ve Kuramlar", *Alaş Ofset*, İstanbul, 1999.
137. Guyton, Hall, JE., “Uyku”, *Tıbbi Fizyoloji*, BÇ Yeğen, İ Alican, Z Solakoğlu, *Nobel Tıp kitabevi*, İstanbul, s.761-765, 1996.
138. Özgen, F., "Uyku ve uyku bozuklukları", *Psikiyatri Dünyası*, 5, 41-48, 2001.
139. Emre, M. “ Nöroloji Temel Kitabı 1nd ed”, Emre M., *Güneş Tıp Kitabevleri*, Ankara, 2013.
140. Algin, DI., Akdağ, G., Erdinç, OO., “Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları”, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (Özel Sayı 1), 29-34, 2016.
141. Aydın ve Yetkin, “Kognitif Nörobilimler”, *Nobel Tıp Kitabevleri*, Ankara, 2008.
142. Öge, E., Baykan, B., “ Nöroloji”, ikinci baskı, *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2011.
143. Akdemir, N., Birol, L., “İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı 2 nd ed”, *Sistem ofsit*, s.129-132, Ankara, 2005.

144. Altıntaş, H., Sevcençan, F., Aslan, T., " HÜTF Dönem Dört Öğrencilerinin Uyku Bozukluklarının ve Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile Değerlendirilmesi", *STED*, 15(7), 114-119, 2006.
145. Krishan, V., Collop, N.A., "Gender differences in sleep disorders", *Current Opinion in Medicine*, 12(6), 383-389, 2006.
146. Çakırcalı, E., "Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar" 3 nd ed, Çakırcalı E., *Nobel Tıp Kitabevi*, s.25-36, İzmir, 2000.
147. Yetkin, S., Hamdullah, A., "Bir Semptom ve hastalık olarak uykusuzluk", *Journal of Turkish Medicine*, 1, 1-8, 2014.
148. Blümel, J., Cano, A., Mezones-Holguín, E., Baró, G., Bencosme, A., Benítez, Z., "Multinational study of sleep disorders during female mid-life". *Maturitas*, 72(4), 359–66, 2012.
149. Nowakowski, S., Meliska, C., Martinez, L., Parry, B., "Sleep and menopause". *Curr Neurol Neurosci Rep*, 9(2), 165–72, 2009.
150. Moilanen, J., Aalto, A., Hemminki, E., Aro, A., Raitanen, J., Luoto, R., "Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women". *Maturitas*, 67, 368–74, 2010.
151. Wu, HC., Lai, JN., Hwang, JS., " Quality of life and sleep quality amongst climacteric women seeking medical advice in Northern Taiwan"., *Sleep Med*. 13(7), 906-12, 2012.
152. Sharanya Shre, ES., Trout, K., Singh, SP., Singh, AK., Mohan, SK., Joshi, A., "Severity and clustering of menopausal symptoms among obese and nonobese postmenopausal women in India", *Pharm Bioallied Sci*, 8(2), 106-11, 2016.
153. Tao, MF., Sun, DM., Shao, HF., Li, CB., Teng, YC., "Poor sleep in middle-aged women is not associated with menopause per se", *J Med Biol Res*, 49(1), 1-8, 2016.
154. Grant, MD., Marbella, A., Wang, AT., Pines, E., Hoag, J., Bonnell, C., Ziegler, KM., Aronson, N., Rockville, MD., "Menopausal Symptoms: Comparative Effectiveness of Therapies", *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*, 147, 154-156, 2015.
155. Seib, C., Anderson, D., Lee, K., "Prevalence and correlates of sleep disturbance in postmenopausal women: the Australian Healthy Aging of Women (HOW) Study". 23(2), 151-8, 2014.
156. Monterrosa-Castro, A., Marrugo-Flórez, M., Romero-Pérez, I., Fernández-Alonso, AM., Chedraui, P., Pérez-López, FR., "Assessment of sleep quality and correlates in a large cohort of Colombian women aroundmenopause". *Menopause*, 20(4), 464-9, 2013.
157. Yazdi Z., Sadeghniaat-Haghighi, K., Ziaee, A., Elmizadeh, K., Ziaeeha, M., "Influence of Sleep Disturbances on Quality of Life of Iranian Menopausal Women", *Psychiatry J.*, 1-6, 2013.

- 158.Kalleinen, N., Polo-Kantola, P., Himanen, SL., Alhola, P., Joutsen, A., “Sleep and the menopause - do postmenopausal women experience worse sleep than premenopausal women?”, *Menopause Int.*, 14, 97–104, 2008.
- 159.Xu, M., Bélanger, L., Ivers, H., Guay, B., Zhang, J., “Comparison of subjective and objective sleep quality in menopausal and non-menopausal women with insomnia”, *Sleep Med.* 12, 65–69, 2011.
- 160.Słopień, R., Wichniak, A., Pawlak, M., Słopień, A., “Disturbances of sleep continuity in women during the menopausal transition”, *Psychiatr Pol*,49(3), 615-23, 2015.
- 161.Vousoura, E., Spyropoulou, AC., Koundi, KL., Tzavara, C., Verdeli, H., Paparrigopoulos, T., Augoulea, A., Lambrinouadaki, I., Zervas, IM. “Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women”., *Menopause*, 22(10), 1053-7, 2015.
- 162.Zambotti, M., Colrain, IM., Javitz, HS., Baker, FC., " Magnitude of the impact of hot flashes on sleep in perimenopausal women", *Fertility and Sterility*, 102(6), 1708-15, 2014.
- 163.Taavoni, S., Ekbatani, NN., Haghani, H., “Postmenopausal Women's Quality of Sleep and its Related Factors”., *J Midlife Health*, 6(1), 21-5, 2015.
- 164.Newton, KM., Reed, SD., Guthrie, KA., “Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial”, *Menopause*, 21(4), 339-346, 2013.
- 165.Lambiase, MJ., Thurston, RC., “Physical activity and sleep among midlife women with vasomotor symptoms”, *Menopause*, 20(9), 946–52, 2013.
- 166.Mansikkamaki, K., Raitanen, J., Nygard, CH., Heinonen, R., Mikkola, T., EijaTomas Luoto, R., “Sleep quality and aerobic training among menopausal women – a randomized controlled trial”, *Maturitas*, 72(4), 339–45, 2012.
- 167.Bolge, S., Balkrishnan, R., Kannan, H., Seal, B., Drake, C., “Burden associated with chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among women with menopausal symptoms”, *Menopause*, 17(1), 80–6, 2010.
- 168.Knutson, K., Spiegel, K., Penev, P., van Cauter, E., “The metabolic consequences of sleep deprivation”, *Sleep Med Rev*, 11(3), 163–78, 2007.
- 169.Sands-Lincoln, M., Loucks, EB., Lu, B., Carskadon, MA., Sharkey, K., Stefanick, ML., Ockene, J., Shah, N., Hairston, KG., Robinson, JG., Limacher, M., Hale, L., Eaton, CB., “Sleep duration, insomnia, and coronary heart disease among postmenopausal women in the Women's Health Initiative”.*J Womens Health (Larchmt)*, 22(6), 477-86, 2013.
- 170.Cutson, TM., Meulemen, E., "Managing menopause", *Am Fam Physican*, 61(5), 1285-1288, 2000.

- 171.Dıraçoğlu, D., “Romatoid artritte tamamlayıcı- alternatif tıp yöntemleri”, *Romatoloji Dergisi*, 22(1), 24-30, 2007.
- 172.Taavoni, S., Darsareh, F., Joolae, S., “The effect of aromatherapy massage on the psychological symptoms of postmenopausal Iranian women”, *Complement Ther Med.*, 21(3), 158-63, 2013.
- 173.Altun, R., Özden, A., “Tamamlayıcı ve Alternatif tıp”, *Güncel Gastroenteroloji*, 8, 231-235, 2004.
- 174.Köksoy, S., “Yataklı Sağlık Kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 4-29, Mersin, 2008.
- 175.Çeri, Ö., “Vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinde temel bilişsel şemalar ile bağlanma stillerinin incelenmesi”, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-36, Ankara, 2009.
- 176.Stanley, RO., Burrows, GD., “Hypnotic Interventions in the treatment of sexual dysfunctions”, Eds.: Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB, *International Handbook of Clinical Hypnosis*, John Wiley&Sons Ltd. Baffins lane. Chichester, 233- 247, 2001.
- 177.Taşçı, E., Sevil, Ü., "Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yöntemler", *Genel Tıp Dergisi*, 17(3), 181-186, 2007.
- 178.Berman, BM., Swyers, JP., Ezzo, J., "The evidence for acupuncture as a treatment for rheumatologic conditions", *Rheum Dis Clin North Am*, 26(1), 103-15, 2000.
- 179.Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü., “Alternatif/ tamamlayıcı tıp ve kadın sağlığı”, *TAF Prev Med Bull*, 12(4), 441-448, 2013.
- 180.Çoban, A., Şirin, A., “Effect of foot massage to decrease physiological lower leg oedema in late pregnancy: A randomized controlled trial in Turkey”. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 454–460, 2010.
- 181.Taşpınar, A., Şirin, A., "Effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients in Turkey", *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 49–54, 2010.
- 182.Ayçeman, N., “Aromaterapi: Doğanın Şifalı dokunuşu”, *İnci ofset*, s.21-22, 2008.
- 183.Buckle, J., “Clinical Aromatherapy”, *Churchill livingstone*, 10-256, 2003.
- 184.Buckle, J., “Clinical aromatherapy in nursing”, *Arnold Publishen*, 11-188, 1997.
- 185.Peng, W., Adams, A.,Hickman, L.,Sibbritt, DW., “Complementary/alternative and conventional medicine use amongst menopausal women: results from the Australian longitudinal study on women's health”, *Maturitas*. 79(3), 340-2, 2014.

- 186.Murakami, S., Shirota, T., Hayashi, H., "Aromatherapy for outpatients with menopausal symptoms in obstetrics and gynecology", *J Altern Complement Med.*, 11(3), 491-4, 2005.
- 187.Kazamzadeh, R.,Nikjou, R., Rostamnegad, M., "Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: A crossover randomized clinical trial", *J Chin Med Assoc.*, 79(9), 489-492, 2016.
- 188.Kim, HJ., "Effect of aromatherapy massage on abdominal fat and body image in post-menopausal women", *Taehan Kanho Hakhoe Chi.*,37(4), 603-12, 2007.
- 189.Jones, C., Czajkowski, L., "Evaluation and management of insomnia in menopause", *Clinical Obstetric and Gynecology*, 43 (1), 184-197, 2000.
- 190.Özgen, F., "Uyku ve uyku bozuklukları", *Psikiyatri Dünyası*, 5, 41-8, 2001.
- 191.Yetkin, S., Özgen, F., "Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları", H Kaynak ve S Ardiç, *Nobel tıp kitabevi*, s. 167-73, 2011.
- 192.Ensrud, KE., Stone, KL., Blackwell, T.L., Sawaya, G.F., Tagliaferri, M., Diem, S.J., "Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes", *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 16 (2), 286-92, 2009.
- 193.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*, 1-4, 2009.
- 194.Atasü, T., Güreli, N., "Sağlıklı Menopoz", *Özgür Yayın Dağıtım*, s.8-213, İstanbul, 2007.
- 195.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*, 11 (2), 198-207, 2004.
- 196.Hsu, HC., Lin, MH., "Exploring quality of sleep and its related factors among menopausal women", *Journal of Nursing Research*, 13 (2), 153-63, 2005.
- 197.Ağargün, MY., Kara, H., Anlar, O., "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği", *Türk Psikiyatri Derg*, 7, 107-115, 1996.
- 198.Kharbouch, S.B., "Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi", *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2005.
- 199.Özdemir, H., "Esansiyel hipertansiyonlu kadınlara inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapinin arteriyel kan basıncı, nabız ve kaygı düzeyine etkisi", *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, doktora tezi, Kayseri, s. 116-17, 2012.
- 200.Ayçemen, N.,*Masaj ve Doğal Terapiler Derneği*, Antalya.

201. Lillehei, AS., Halcón, L., Gross, CR., K Savik, "Well-Being and Self-Assessment of Change: Secondary Analysis of an RCT That Demonstrated Benefit of Inhaled Lavender and Sleep Hygiene in College Students With Sleep Problems", *Explore (NY)*, 1-9, 2016.
202. Lillehei, AS., "Effect of Inhaled Lavender and Sleep Hygiene on Self-Reported Sleep Issues: A Randomized Controlled Trial", *J Altern Complement Med.*, 21(7), 430-8, 2015.
203. Hirokawa, K., "Effects of lavender aroma on sleep quality in healthy Japanese students", *Percept Mot Skills.*, 114(1), 111-22, 2012.
204. Hashemi, SH., Hajbagheri, A., "The Effect of Massage With Lavender Oil on Restless Leg Syndrome in Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial", *Nurs Midwifery Stud.*, 4(4), 1-5, 2015.
205. Chen, SL., Chen, CH., "Effects of lavender tea on fatigue, depression, and maternal-infant attachment in sleep-disturbed postnatal women", *Worldviews Evid Based Nurs.*, 12(6), 370-9, 2015.
206. Keshavarz Afshar, M., "Lavender fragrance essential oil and the quality of sleep in postpartum women", *Iran Red Crescent Med J.*, 17(4), 1-7, 2015.
207. Karadag E., "Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients", *Nurs Crit Care.*, 1-8, 2015.
208. Hajibagheri A., Babaii A., "Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: a randomized controlled trial", *Complementary Theraphy in Clinical Practice* ,20(3), 159-163, 2014.
209. Moeini, M., Khadibi, M., Bekhradi, R., "Effect of aromatherapy on the quality of sleep in ischemic heart disease patients hospitalized in intensive care units of heart hospitals of the Isfahan University of Medical Sciences", *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 15(4), 234-9, 2010.
210. Soden, K., Vincen, K., Craske, S., Lucas, C., "A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting", *Palliat Med.*, 18(2), 87-92, 2004.
211. Choi, SY., Kang, P., Lee, HS., Seol, GH, "Effects of Inhalation of Essential Oil of Citrus aurantium L. var. amara on Menopausal Symptoms, Stress, and Estrogen in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial", *Hindawi Publishing Corporatio*, 1-7, 2014.
212. Cohen, SM., Rousseau, ME., Carey, BL., " Can Acupuncture Ease the Symptoms of Menopause?", *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 295-99, 2003.
213. Borud, EK., Alraek, T., White, A., Fonnebo, V., Eggen, AE., Hammar, M., "The acupuncture on hot flushes among menopausal women (ACUFLASH) study, a randomized controlled trial", *Menopause*, 16, 484-93, 2009.

214. Egelioglu, N., "Keten tohumu kullanımının menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi", *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi*, İzmir, 118-119, 2012.
215. McCurry, SM., Guthrie, KA., Morin, CM., "Telephone-based cognitive behavioral therapy for insomnia in perimenopausal and postmenopausal women with vasomotor symptoms: A MsFLASH Randomized Clinical Trial", *JAMA Intern Med.*, 176(7), 913-20, 2016.
216. Vousoura, E., Spyropoulou, AC., Koundi, KL., Tzavara, C., "Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women", *Menopause.*, 22(10), 1053-7, 2015.
217. Lampio, L., Polo-Kantola, P., Polo, O., Kauko, T., "Sleep in midlife women: effects of menopause, vasomotor symptoms, and depressive symptoms", *Menopause.*, 21(11), 1217-24, 2014.

EKLER

EK I- Birey Tanıtım Formu

Adı soyadı:

Telefon:

Adres :

1. Kaç yaşındasınız?

1.45-49 2. 50-54 3. 55-59

2. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. eşi ölmüş 4. boşanmış/ ayrı yaşıyor

3. Eğitim düzeyiniz nedir?

1.Okur-yazar/İlkokul 2..Ortaokul 3.Lise ve üzeri

4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor

5.Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

6. Gebelik sayınız nedir?

1. Yok 2. 1-3 3. 4 ve üzeri

7. Doğum sayınız nedir?

1. Yok 2. 1-3 3. 4 ve üzeri

8. Yaşayan çocuk sayınız nedir?

1. Yok 2. 1-3 3. 4 ve üzeri

9. Düşük sayınız nedir?

1. Yok 2. 1-3 3. 4 ve üzeri

10. Menopoz yaşınız nedir?

1. 45-49 2.50 ve üzeri

11. En son adetinizi ne zaman gördünüz?.....

12. Boyunuz:m.

13. Kilonuz:kg.

14. Kan basıncı : Nabız:.....

BKI (kilo-kg/boy-m2):

EK II-Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

Tarih:

Adı soyadı:

Telefon:

Adres :

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen aydaki alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Geçen ay içinde;

1. Genellikle saat kaçta yatmaya gidersiniz?.....

2. Geceleri uykuya dalmanız ne kadar sürer(dakika)?.....

3. Sabahları saat kaçta kalkarsınız?.....

4. Geceleri tam olarak kaç saat uyuyabiliyorsunuz?.....

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Aşağıdaki durumları belirten uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

5.1. 30 dakika içinde uykuya geçememe

a) hiç

b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya ↑

5.2. Gece yarısı veya sabah erken uyanma

a) hiç

b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya ↑

5.3. Tuvalet/ banyoya gitmek için uyanma

a) hiç

b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya ↑

5.4. Rahat bir şekilde nefes alamamak nedeniyle

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

5.5. Öksürük veya horlama nedeniyle

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

5.6. Soğukluk hissi/ üşüme nedeniyle

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

5.7. Sıcak basması nedeniyle

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

5.8. Kötü rüya görme

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

5.9. Ağrı nedeniyle

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

5.10. Başka nedenler(ne sıklıkla olduğu) açıklayınız?

.....

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

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

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

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

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

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

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

9. Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

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

10. Bir yatak partneriniz var mı?

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

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

11.1. Gürültülü horlama

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

11.2. Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- a) hiç
b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya↑

11.3. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

a) hiç

b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya↑

11.4. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

a) hiç

b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya↑

11.5. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

a) hiç

b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya↑

EKIII- Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

	YOK	VAR						
		0	1	2	3	4	5	6
1.Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık								
2.Gece terlemesi								
3.Terleme								
4.Hayatından memnun olmama								
5.Endişeli ve gergin hissetme								
6.Hafızada zayıflama hissetme								
7.Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme								
8.Depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme								
9.Diğer insanlara tahammülsüzlük(Hoşgörüsüz olma)								
10. Yalnız kalma isteği								
11.Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları								
12.Kas ve eklemlerde ağrı								
13.Yorgun ve yıpranmış								
14.uyuma güçlüğü								
15.baş ve boyun arkasında ağrılar								
16.Fiziksel güçte azalma								
17.Dayanma gücünde azalma								
18.Enerjide azalma hissi								
19.Ciltte kuruluk								
20.Kilo alma								
21.yüz tüylerinde artma								
22.cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik								
23.Şişkinlik hissi								
24.Bel ağrısı								
25.Sık idrara çıkma								
26.Öksürürken ve gülerken idrar kaçırma								
27.cinsel istekte değişiklik								
28.Cinsel ilişki sırasında vajinada(haznede) kuruluk								
29.Cinsellikte kaçınma								

EK IV-Müdahale Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberi

- İnhalasyon uygulaması için gerekli malzemeleri(su, kaynatmak için cezve, limon ve lavanta yağı, örtü,kase ve saat) hazırlayınız.
- Bir su bardağı dolusu suyu(ortalama 200ml) ocakta kaynatın. suyu kaynatmak için ısıtıcı kullanmayın.
- Sıcak suyu orta boy kaseye koyun.
- Lavanta ve limon yağı şişelerini iyice çalkalayın ve her bir yağdan iki damla suya damlatın.
- Saatinizi 5 dakikaya ayarlayın.
- Başınızı kasenin üzerinde 30cm uzaklıkta tutun ve üzerinizi örtüyle tamamen kapatın.
- Gözlerinizi kapatıp burundan nefes alıp ağızdan verin.
- Uygulama sırasında kendinizi kötü hissederseniz örtüyü kaldırıp birkaç kez nefes alıp uygulamaya devam edin. Kötü hissetmeye devam ederseniz uygulamayı sonlandırın.
- Saatinizde 5 dakika dolduğunda uygulamayı bitirin
- Uygulamayı bitirdikten sonra yerinizden kalkmadan 3-5 dakika bekleyin.
- Her gün yeni bir karışım hazırlayın.

Not: Uygulama her gün yatmadan önce ve yemekten en az 2 saat sonra yapılmalıdır.

EK V-Kontrol Grubu İnhalasyon Uygulama Rehberi

- İnhalasyon uygulaması için gerekli malzemeleri(su, kaynatmak için cezve, örtü,kase ve saat) hazırlayınız.
- Bir su bardağı dolusu suyu(ortalama 200ml) ocakta kaynatın. suyu kaynatmak için ısıtıcı kullanmayın.
- Sıcak suyu orta boy kaseye koyun.
- Saatinizi 5 dakikaya ayarlayın.
- Başınızı kaseğin üzerinde 30cm uzaklıkta tutun ve üzerinizi örtüyle tamamen kapatın.
- Gözlerinizi kapatıp burundan nefes alıp ağızdan verin.
- Uygulama sırasında kendinizi kötü hissederseniz örtüyü kaldırıp birkaç kez nefes alıp uygulamaya devam edin. Kötü hissetmeye devam ederseniz uygulamayı sonlandırın.
- Saatinizde 5 dakika dolduğunda uygulamayı bitirin.
- Uygulamayı bitirdikten sonra yerinizden kalkmadan 3-5 dakika bekleyin.
- Her gün yeni bir karışım hazırlayın.

Not: Uygulama her gün yatmadan önce ve yemekten en az 2 saat sonra yapılacaktır.

EK VI- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu)

Değerli Katılımcı, 45-59 Yaş Grubu Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Menopozal Dönemde Uyku Kalitesine Etkisini belirlemek üzere bir araştırma yapmaktayız. Bu çalışma için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. Çalışmamızda size konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır. Ardından sizden 4 hafta boyunca her gün esansiyel yağlarla hazırlanan sıcak suyu 5 dakika inhale etmeniz istenecektir. Bu uygulama herhangi bir risk taşımamaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İsteddiğiniz anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Araştırmaya katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör.

..... Üniversitesi Sağlık YO

Cep Telefonu:

Ben,.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Aromaterapi yöntemi araştırmacı tarafından tarafıma anlatıldı. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

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

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Adres:

Tel:

EK VII-Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Değerli Katılımcı, 45-59 Yaş Grubu Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Menopozal Dönemde Uyku Kalitesine Etkisini belirlemek üzere bir araştırma yapmaktayız. Bu çalışma için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. Çalışmamızda size konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır. Ardından sizden 4 hafta boyunca her gün sıcak suyu 5 dakika inhale etmeniz istenecektir. Bu uygulama herhangi bir risk taşımamaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Araştırmaya katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör.

..... Üniversitesi Sağlık YO

Cep Telefonu:

Ben,.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Aromaterapi yöntemi araştırmacı tarafından tarafıma anlatıldı. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

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

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Adres:

Tel:

EK VIII-Akupresur ve Aromaterapi Katılım Belgesi



EK IX-Neveşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul Formu



NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Etik Kurulu

Sayı :84902927

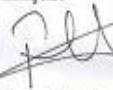
18/12/2014


Konu : Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK

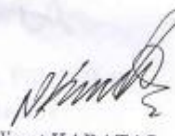
Karar Tarihi: 18.12.2014

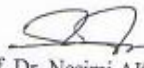
Karar No: 2014.12.03

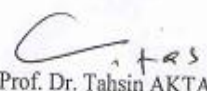
Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK'ın üstlendiği "Menopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Uyku Kalitesine Etkisi" adlı araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

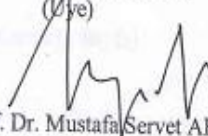

Prof. Dr. Filiz KILIÇ
(Başkan)

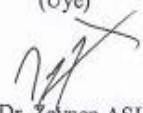

Prof. Dr. İsmail BEKCI
(Üye)


Prof. Dr. Nimet KARATAŞ
(Üye)

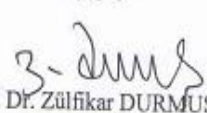

Prof. Dr. Nesimi AKTAŞ
(Üye)


Prof. Dr. Tahsin AKTAŞ
(Üye)


Prof. Dr. Mustafa Servet AKPOLAT
(Üye)


Prof. Dr. Zeynep ASLAN
(Üye)


Prof. Dr. Fatma KARİPCİN
(Üye)


Prof. Dr. Zülfiyar DURMUŞ
(Üye)

EK X- Kırşehir Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 67350377/770
Konu : Araştırma İzin Talebi
(Yrd.Doç.Dr.Aynur
KIZILIRMAK)

KIRŞEHİR VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Neveşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra-Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Aynur KIZILIRMAK sorumluluğunda yapılmak istenen "Menopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Uyku Kalitesine Etkisi" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Kurumumuzca yapılan değerlendirilmesi neticesinde, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Belirtilen hususlardan dolayı bilgi paylaşımı yapılamayacağından araştırmacın kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması gerektiği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Nusret Fişek Cad. No:4 N Blok
A * tılı bilgi için: G.SARIÇOBAN Tel:0312 565 59 44 e-posta gokcen.saricoban1@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4d18288a-c998-4c27-9e9d-48f211ef8666 kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Meryem GÜRLER

Doğum Tarihi : 04 Eylül 1981

Öğrenim Durumu : Lisans

Derece	Alan	Eğitim Yeri	Yıl
Lise	Ebelik	Kırşehir Sağlık Meslek Lisesi	1995-1999
Lisans	Hemşirelik	Gazi Üniversitesi	1999-2003
Yüksek Lisans	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Nevşehir Üniversitesi	2013-

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Klinik Hemşireliği	Kırşehir Devlet Hastanesi	2001-2001
Koroner Hemşireliği	Kırşehir Devlet Hastanesi	2001-2008
Yoğun Bakım Hemşireliği	Kırşehir Devlet Hastanesi	2008-2009
Eğitim Hemşireliği	Kırşehir Devlet Hastanesi	2009-2010
Öğretim Görevlisi	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	2010-

İdari Görevler:

1. Müdür Yrd., Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 2011-

Sertifikalar:

Sertifika İsmi	Yıl
Hizmet İçi Eğitim Hemşiresi Sertifikası	2007
ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi	2010
ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyon Eğitimi	2010
ISO 9001 İş Kalite Tetkik Eğitimi	2010
Travma ve Resüsitasyon Eğitimi	2011
İlkyardım Eğitmeni	2012
Aromaterapi ve Akupressör Eğitimi	2012

Projeler:

- 1) “Menapozlu Kadınlarda Aromaterapini Uyku Kalitesine Etkisi” Nevşehir Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projesi, 2015, **Araştırmacı**.
2. Köy Okullarındaki Ortaokul Öğretmenlerinin Temel İlk Yardım ve KBRN Farkındalık Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Ahi Evran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi, **Araştırmacı**, Proje No: TIP.A3.16.004, 2016-Devam ediyor.
3. Öğrenci Danışmanlar Projesi: Servis Öğrenme Deneyimleri. Ahi Evran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi, **Araştırmacı**, Proje No: EGT.A3.16.001, 2016-Devam ediyor.