

ÖZET

Menopoz Kadınında Uyku Kalitesinin Saptanması Ve Uyku Kalitesini Bozan Etkenlerin Belirlenmesi

Bu çalışma Afyon İli örneğinde, menopoz yaş grubundaki Türk kadınlarında uyku kalitesi durumunu saptamayı ve menopoz kadınında uyku kalitesi bozukluğuna yol açan etkenlerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Veri toplama araçları olarak Kadın Tanılama Formu ve Uyku Apne Semptomlarını Saptama Formu, Menopoz Belirti Tarama Listesi, Beck Depresyon Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi kullanılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 2 No'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan doğal yada cerrahi yoldan menopoza girmiş çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü tüm kadınlardan oluşmuştur. Ankete katılan hastaların demografik verilerin hesaplanmasında sayı / yüzde, pittsburg uyku kalitesi, menopoz yakınmaları, depresyon puanları ile sosyo demografik veriler arasında, t Testi, Ki-Kare, Korelasyon testleri kullanılmıştır.

Araştırmada menopoz dönemindeki kadınların doğal menopoza girme yaşı 46.70 ± 4.44 , cerrahi menopoza girme yaşı 42.01 ± 5.44 'dir. Kadınların %77.3'ü doğal yolla menopoza girmiştir. Kadınların Pittsburg Uyku Kalitesi ölçeğine göre %73.9'unda uyku kalitesi kötü çıkmıştır. Kadınların %42.4'ünde uyku apne semptomları görülmüştür. Kadınların sosyal güvence durumu, gelir durumu, sistemik hastalığının olma durumu, sistemik hastalığına bağlı ilaç kullanma, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, menopoza girme şekli, menopoz tedavisi alma ve devam etme durumu gibi değişkenlerin uyku kalitesini etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.005$). Kadınların menopoz yakınma puanları artıkça uyku kalitesi bozulmaktadır ($p < 0.005$). Kadınların depresyonda olma durumları ile menopoz yakınmaları ve uyku kalitesi arasında da anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p = 0.001$). Menopoz yakınma alt gruplarından olan somatik, psikosomatik ve psikolojik yakınmalardan alınan puan artıkça depresyon puanı da artmaktadır. Artan bu puan uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Uyku Kalitesi, Menopoz Yakınmaları, Hemşirelik, Uyku apne

SUMMARY

Determining the Quality of Sleep in Menopausal Women and Factors That Disturb the Quality of Sleep

This study was designed to determine the status of sleep quality in Turkish women of menopausal age group in an Afyon Province sample, and to determine the factors causing sleep disturbances in menopausal women. Women Diagnosing Form and Sleep Apnea Symptoms Determining Form, Menopausal Signs Screening List, Beck Depression Scale, and Pittsburg Sleep Quality Index were used as data collecting tools. Sampling of the study consisted of all the women living in the district of 2nd Local Doctors' Office who had entered menopause naturally or artificially with surgery and who had accepted to participate in the study. When calculating the demographic data of the women who answered the poll according to numbers / percentages, Pittsburg sleep quality, menopausal complaints, depression scores, and socio-demographic data, t-test, Chi-square, and Correlation tests were used. According to the results of the study, average natural menopause age is 46.70 ± 4.44 , and surgical menopause age is 42.01 ± 5.44 . Seventy-seven point three percent of the women entered menopause naturally. The quality of sleep was bad in 73.9% according to Pittsburg Sleep Quality Scale. Sleep apnea symptoms were present in 42.4% of the women. It was found that variables like social security status, level of income, presence of a systemic disorder, using drugs because of a systemic disorder, marital status, educational level, working outside the house, was of entering menopause, receiving therapy for menopause, and continuance of the therapy did not affect the quality of sleep ($p > 0.005$). Quality of sleep worsens with the increasing menopausal complaint scores ($p < 0.005$). There was also a significant relationship between the depression statuses of the women and menopausal complaints and quality of sleep ($p = 0.001$). Depression score increases with the increasing scores of somatic, psychosomatic and psychological complaints, which are subgroups of menopausal complaints. This increasing score causes disturbance of the sleep quality. **Keywords:** Menopause, Sleep Quality, Menopausal Complaints, Nursery, Sleep apnea

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, bilim ve teknolojideki ilerlemeler yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmuştur (1). Amerika Birleşik Devletlerinde 1960'lerden bu yana nüfusun yaşlı kesimi, genç kesimden daha hızlı bir şekilde artmaktadır. 2050 yılına kadar, her beş kişiden biri yaşlı olacaktır (2). Ülkeler geneline bakıldığında ise bu yaşlı nüfusun yarısından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışma sonuçlarına göre de 2030 yılında 50 yaşın üzerindeki kadın sayısının 1.2 milyarı geçmesi beklenmektedir (2,3).

Beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle 45 yaş üstü kadın sayısı ve toplam nüfus içindeki payı artmaktadır (6). Amerikan toplumunda kadının ortalama yaşam süresinin 81 yaşken ülkemizde kadınlardan beklenen yaşam süresi 67.3 yıl olarak hesaplanmaktadır (7). Kadınlar günümüzde ömürlerinin yaklaşık 1/3'lük kısmını menopoz sonrası dönemde geçirmektedir(4,5). Bu nedenle dünya üzerinde bir çok ülkede son yıllarda menopoz, postmenopozal dönem ve bu dönemlere ait sorunlar ve çözüm önerileri çok daha yoğun olarak tartışılmaya başlanmıştır (1,6).

Dünyada menopoz yaşı 45-55 arasında değiştiği kabul edilmektedir (8). Amerika Birleşik Devletlerinde menopoz yaşı 51.5 olarak saptanmıştır (3). Türkiye'de bu konuda yapılmış yeterli kayıt olmamakla beraber, Ankara Gölbaşı bölgesinde yapılan bir çalışmada menopoz ortalama yaşı 45.9'iken, Adana Karataş merkezinde yapılan başka bir çalışmada menopoza girme yaşı 47.9 olarak bulunmuştur (9,10).

Kadının yaşam dönemlerinden biri olan klimakterium, kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı olarak üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği dönemdir (1,11). Bu dönemin en belirgin özelliği ovaryen yetmezlik sonucu gelişen östrojen çekilmesine bağlı menstruasyonun kesilmesi yani menopozdur (1,2,11). Menopoz deyimini retrospektif bir olayı ifade eder, eğer bu devredeki kadın 1 yıl süreyle adet görmemiş ise, o kadın menopoza girmiş kabul

edilir. Bu dönemden önceki süreye premenopozal dönem, sonraki süreye ise postmenopozal dönem denir (2,11,12).

Menopoz döneminde kadınların yaklaşık olarak %70'inde östrojen yetmezliği semptom ve bulguları ortaya çıkarmaktadır. Klimakteriumda over fonksiyonlarının bozulmasıyla beraber östrojen eksikliğine bağlı semptomlar hemen ortaya çıkarken postmenopozal dönemde ağır morbidite ve mortalite yükleyen kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozla bağlı patolojiler geç dönemde ortaya çıkmaktadır (2).

Hormonların azalmasıyla birlikte bu dönemde, birçok kadında somatik, psikosomatik ve psikolojik semptomlar yaşanır. Bu semptomlar; adet düzensizlikleri, sıcak basması, gece terlemesi, sinirlilik, baş ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk, unutkanlık, yaşamdan zevk alamama, vajinada kuruluk, cinsel ilişkiye girmede zorluk, idrar kaçırma ve daha ileri ki zamanlarda osteoporoz, kalp hastalıkları sayılabilir (2,5,10,13).

Menopoz döneminde en fazla yaşanan yakınmalar genel olarak sıcak basması ve gece terlemesidir. Kronberg'in yaptığı bir çalışmada kadınlarda sıcak basmalarını %60'ında 7 yıldan az, %15'inde 15 yıldan fazla sürdüğünü saptamıştır. Kişiler arasında frekans, süre ve yoğunluk açısından da önemli farklılıklar bulunmaktadır. Sıcak basmasının bazı kadınlarda günde 10 hatta 50 atak olmasına karşın, bazılarında yılda 5 atak şeklinde olduğu değişik gruplarda gösterilmiştir (5).

Ankara da yapılan araştırmada ise %82.5 ile ateş basması, %76.2 ile terleme, %70.3 ile can sıkıntısı en fazla görülen semptomlar olduğu ve kadınların yaşam kalitesini düşürecek kadar şiddetli yaşandığı belirlenmiştir (10).

Menopozda döneminde ortaya çıkan en fazla yaşanan vazomotor semptomlar içinde yer alan sıcak basması ve gece terlemesi ile birlikte genel olarak kadınlarda uyku problemleri ortaya çıkmaktadır. Uyku problemi yaş ile birlikte her iki cinstede görülebilir. Bununla birlikte menopozal geçişte, bir çok kadın östrojen yetmezliğine bağlı olarak görülen uyku zorlukları kadının yaşam kalitesini azaltabilecek önemli bir şikayettir (4,12,14,15,16).

İnsan; fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması bu temel gereksinimlerin karşılanmasına bağlıdır (17).

Sağlıklı bir yaşam için uyku ve dinlenmenin sağlanması yeterli ve dengeli beslenme, nefes alma, boşaltım kadar önemlidir (18). Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (19).

Tüm yaş gruplarında uykunun süresi ve kalitesi değişir ancak insan ömrünün yaklaşık 1/3'ünü uyku oluşturmaktadır (18,20).

Uyku mental ve biyolojik aktivitenin geçici ve kısmi olarak durması şeklinde tarif edileceği gibi, 24 saatlik sirkadyen (belirlenmiş bir zaman dilimi içinde uyku yada uyku benzeri bir döneme girme) endojen ritim içinde kişinin duysal veya diğer stimulusla uyarılabildiği gelip geçici bir bilinçsizlik dönemi olarak tanımlanabilmektedir (20,21).

Büyüme, gelişme ve günlük yıpranmaların tamiri gece uykuda olduğu gibi beyinde günlük olayların sentezi organizasyonu ve nörolojik dinlenmenin de sağlandığı bir gerçektir. Geceleri uykusuzluk nispeten daha az insanı etkilemekle birlikte, bu durum insanların çoğunu da sıkıntıya sokar. Yetişkinlerle yapılan geniş bir araştırmada erkeklerin %6'sının kadınların %14'ünün uykuya dalmada veya gece boyunca kesintisiz uyumada zorluk çektikleri belirtilmiştir (22).

Semptomatik uyku bozukluğu sık görülmekle birlikte başka bir ruhsal yada bedensel rahatsızlığa bağlı olmayan ve kendi başına bir sendrom sayılabilecek uyku bozukluğu türlerinde sanıldığından yaygındır. Uyku genel sağlığın önemli bir göstergesidir (23). Beden ve ruh sağlığı bozulan kişilerde en sık görülen yakınmalardan biride uyku bozukluğudur. Bedensel ve ruhsal bozukluklar ağır uyku bozukluklarına neden oldukları gibi, birincil uyku bozuklukları da ağır ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Kronik uykusuzluk, insanoğluna en çok acı veren durumlardan biridir. Uyku sorunları iş yaşamında ciddi verim düşüklüğünün, başta trafik kazaları olmak üzere değişik türden kazaların önde gelen nedenleri arasındadır (18,23,24).

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve kadınların yaşamlarının 1/3'lük kısmını menopoza ve sonrası dönemde geçirmesi, hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan uyku problemi de daha sık görülen ve kadınları rahatsız eden bir hale gelmektedir (25).

Peri ve post menopozal dönemdeki kadınlarda epidemiolojik araştırmalarda uykusuzluk Şikayetlerinin %44'den %61'e kadar değişmekte olduğu görülmektedir (25).

Perimenopozal ve postmenopozal dönemde uyku bozukluklarının tanımlanmış u nedeni sıcak basması, mood bozuklukları ve uykuda bozulan nefes alma düzeni olduğu düşünülmektedir. Östrojen hormonun salgılanmasının menopoz dönemde azalmaya başlaması ile birlikte sıcak basması ve birçok menopoz Őikayetlerini tetiklemektedir (25).

Menopoz giren kadın aynı zamanda bu süreçte fiziksel çekiciliğini ve üretkenliğini kaybetme kaygısı, mesleki yaşamda artan baskı, daha sık görülen fiziksel hastalıklar, çocukların evden ayrılmaları, eş kayıpları gibi yaşam streslerini de bir arada yaşamaktadır bütün bunlar uyku bozukluklarının artışına neden olmaktadır (3,26).

Owens ve Mathews araştırdıkları 521 postmenopozal kadının %42'sinin uyku bozukluğu yaşadıklarını, hormon replasman tedavisi (HRT) kullanmayı seçmeyen kadınlarda menopoz öncesinden menopoz sonrası duruma geçişte uyku bozukluğu oranında anlamlı bir artış gösterdiğini rapor etmişlerdir (27).

Uyku bozukluğu yaşayan kadınlarda enerjide azalma, gündüz yorgunlukları, depresif yada anksiyete hali, dikkatte konsantrasyonda ve hafızada azalma gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır (25).

Kadınlarda genelde görülen uyku Şikayetleri gece uyanmaları ve uykuya dalmada zorluktur. Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan somatik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, bronşit, astım vb.) uyku kalitesini etkilemektedir. Özellikle menopozdan sonra uyku Şikayetlerinin artmasının nedeni östrojen hormonun azalmasına bağlanmaktadır (1,12,14,25).

Yaşamın her döneminde olduğu gibi menopoz döneminde de kadına bütüncül (holistik) bir anlayışla yaklaşılmalıdır. Bir çok kadın menopozun ne olduğu ve bedenlerindeki değişikler ile ilgili kafalarında soru işaretleri yaşamaktadır. Kadının hayatını önemli düzeyde etkileyen menopozdaki uyku kalitesi bozukluklarının saptayarak; koruyucu (primer), tedavi edici (sekonder), rehabilite edici (tersiyer) hizmetlerde hemşirenin anahtar rolü olduğu düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Afyon İli örneğinde menopoza yaş grubundaki kadınlarda uyku kalitesini saptayarak, uyku kalitesi ile sosyo demografik veriler, uyku apne sendromu, menopoza girme şekli, menopoza tedavisi alma durumu, menopoza yakınmaları ve depresyonda olma durumu arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Menopoz

2.1.1.Klimakteryumun tanımı

Klimakteryum cinsel olgunluk çağından, üreme fonksiyonlarının son bulunduğu bir döneme geçiş yıllarıdır (5,14). Bu devrede üreme çağı bitmekte ve overler fonksiyon bakımından saf dışı olmakta, kadın için doğurganlığın ortadan kalktığı yeni bir çağ başlamaktadır. Bu süreç daha sonra belirtileceği gibi bir takım erken ve geç belirtiler ile ortaya çıkmaktadır. Genelde olayın görülme nedeninin overlerin yaşlanması olduğu kabul edilmektedir (5,11).

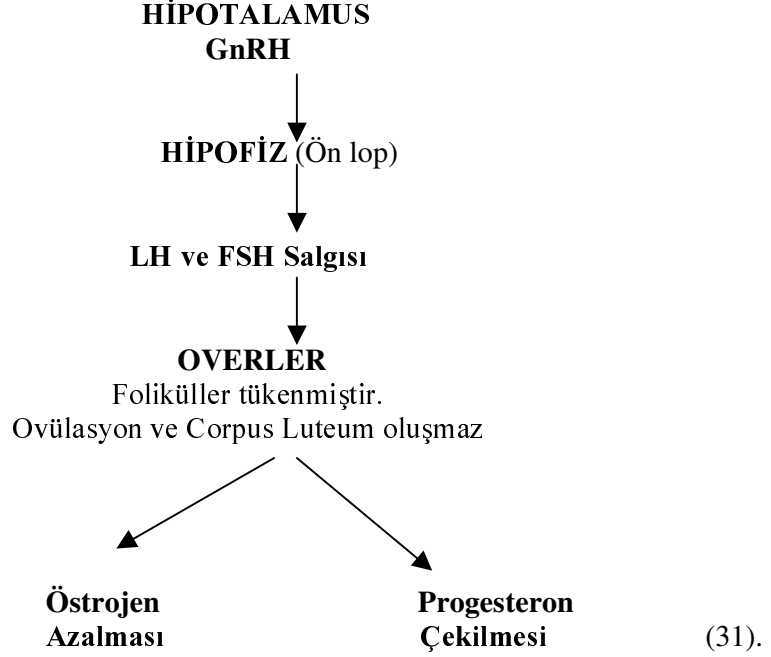
Dişi bir yeni doğan overlerinde yaklaşık olarak 2 milyon adet primordial follikül bulunmaktadır. Menarşe kadar geçen sürede sayıları yaklaşık 400.000'e kadar düşen bu follikül kadın üreme çağı boyunca küçük bir kısmı olgunlaşarak ovülasyonla sonuçlanır. Diğer kısımları ise follikül olgunlaşması sırasında seleksiyona uğrayarak atrezi olurlar (28).

Son yıllarda bu çağ için kullanılan deyimlerde kavram karmaşası olduğu herkesçe kabul edilmektedir. Genel olarak olayın başladığı andan bittiği ana kadar olan süre klimakteryum devri olarak kabul edilir. Klimakteryum terimi, premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemleri içine almaktadır (6,28,29).

Premenopoz; Klimakteryumun ilk fazıdır. 40 yaş civarında başlar. Bu fazda menstrüel siklus düzenini kaybetmiş ve fertilité şansı düşmüştür. Post menopoz; Menopozal geçiş döneminin son fazıdır. Son adet kanamasından yani menopozdan bir yıl sonra başlar ve yaşlılık dönemi başlangıcına kadar sürer. Ovaryal hormonlardaki azalma ile ilişkili olarak vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtiler bu döneme eşlik eder (6,10,12,30).

Menopoz; Klimakteryum içerisinde bir kilometre taşı gibi kabul edilen ve üzerinden ortalama bir yıl geçtikten sonra tanı konulabilen en son adet kanamasının özel ismidir (28)

Klimakteryumda Fizyopatoloji



2.1.2 Premenopozal Dönem:

Menopozdan önceki yıllara denir (2-6 yıl). Üreme yeteneğindeki ilk yaşlanma bulguları follikül stümüle edici hormon (FSH) salgısındaki artış ile başlar (10). Bu dönemin önemli belirtileri hormonal disfonksiyonlara bağlı olarak meydana gelen siklus bozukluklarıdır (2).

Menopozal geçiş dereceli olarak başlar ve kırklı yaşların ortasında ya da geç dönemde gizli semptomlarla ortaya çıkabilir. Strese bağlı semptomlar ile düşük östrojen düzeylerine bağlı semptomları birbirinden ayırmak güç olabilir. Bu nedenle, hem stres hem de rölatif östrojen yetmezliği menopozal geçişle ilgili problemlerin yönetiminde göz önünde tutulmalıdır. Çoğu kadında menopozal geçişin en belirgin semptomu menstruel düzensizliktir (14). Hipermenore, hipomenore ve hipermenore ile birlikte sürekli ve düzensiz kanamalarıdır. Siklus anomalileri dönemi birkaç ay yada birkaç yıl sürebilir (29). Ovülasyon seyrekleşir. Ovülasyonsuz sikluslar sıklaşır ve fertilité şansı düşer. Sürekli ve düzensiz kanamaların arkasında uterus kanseri ve

diğer organik hastalıkların olabileceği unutulmamalıdır. Bu semptomlar %90 kadında menopoz öncesi 4 yıllık geçiş dönemi boyunca görülebilir (2,4).

2.1.3. Menopoz Dönemi

Menopoz, kadında over fonksiyonların durduğu ve menstruasyonun kesildiği bir yaşam evresidir. Puberte, over aktivitesinin başladığı normal bir süreç ise menopoz da over aktivitesinin fizyolojik yönden durakladığı normal bir gerileme devresidir. Bu sırada doğurganlık dönemi sona ermektedir (6,11,13,15).

Dünyada menopoz yaşı 45-55 arasında değişmekte ve dünyada 1990 yılında 50 yaş üzerinde 467 milyon kadının yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu yaş grubu nüfusun 2030 yılında 1200 milyon olacağı saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelere göre menopoz sonrası dönemdeki kadın nüfusunun artışı gelişmiş ülkelere göre daha fazla olacaktır (2,4).

Beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle 45 yaş üstü kadın sayısı ve toplam nüfus içindeki payı da artmaktadır. Ülkemizde kadınlardan beklenen yaşam süresi 67.3 olarak hesaplanmıştır (7). Türkiye de 1998 yılında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarına göre 45-49 yaş gurubu kadınların %43' ünün doğal ya da yapay menopoz sonrası dönemde oldukları ifade edilmiştir (7). Yapılan yerel çalışmaların sonuçlarına göre ülkemizde ortalama menopoz yaşı 45-50 yaş civarında olduğu kabul edilmekte ve buna göre kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedir (2).

2.1.4. Menopoza Girme Yaşını Etkileyen Faktörler

Yaşam süresinin uzaması sağlık sorunlarının değişmesine neden olmaktadır. Menopoza girme yaşı ise topluluktan topluluğa değişmek ile birlikte gelişmiş ülkelere ortalama 50, ülkemizde; Alparsalan tarafından Adana Karataş merkezinde menopoza girme yaşı ile ilgili yapılan çalışmada 47.7 olarak bulunmuştur (9). Fakat çeşitli çevresel etkilerin bu yaşı etkilediği kabul edilmektedir. Bu faktörler ise;

- Coğrafya ve ırk

- Evlilik durumu ve iş
- Doğurganlık
- Sigara içme
- Sosyo-ekonomik faktörler
- Kalıtım
- Fizik çevre
- Beslenme
- Genetik faktörlerdir (4,14,31).

1)Coğrafya ve Irk: Gelişmiş ülkelerde Avrupa orijinli kadınlar için tahmin edilen median yaş aşağı yukarı 50'dir. Güney Afrika, Hindistan gibi ülkelerde de yapılan araştırmalarda ise bu gruplarda menopoz yaşının daha düşük olduğu görülmüştür (4,14).

2)Evlilik Durumu ve İş: Çeşitli gözlemler evlenmemiş ve işi olmayan kadınlarda menopoz yaşının düşük olduğunu göstermiştir (14).

3)Doğurganlık: Menopoz ve doğurganlık arası ilişki tartışmalıdır. Çeşitli araştırmalarda, yüksek doğurganlığı olan fakat sosyo-ekonomik statüsü düşük olmayan kadınlarda, bu tip bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (14).

4)Sigara İçme: Yoğun sigara içenlerin, içmeyenlere oranla daha erken menopoza girdiğini gösteren pek çok araştırma vardır. Oskay, 1994 yılında İstanbul'da 300 kadın üzerinde yaptığı çalışmasında, sigara içenlerin, içmeyenlerden 2 yıl daha erken menopoza girdiğini saptamıştır (4,14).

5)Sosyo Ekonomik Durum: Menarş yaşındaki değişimin çoğu, kişisel eğilim, sosyo ekonomik faktörlere bağlanmıştır. Beslenmeye bağlı farklılıklarında yansıtılması dikkate değerdir. Gelir, eğitim, eşinin mesleği, sosyal sınıf, köy ve kentte yaşama gibi sosyal faktörlerin, menopoz yaşı üzerine etkilediği söz ediliyorsa da henüz kanıtlanmış değildir (4,14).

6)Genetik Faktörler: Menopoza girmede önemli bir faktördür. Bir ailenin kadınları hemen hemen aynı yaşta adetten kesilmektedir (4,14,30).

2.1.5. Menopozun Farklı Klinik Şekilleri

1) Doğal Menopoz: Kadınların %50'si 45-51 yaşlarında adetten kesilirken, 60 yaşına kadar düzenli adet görenlerde vardır. Bunun yanı sıra, ortalama menopoz yaşı 51'dir. Kırk yaşına doğru ovulasyon seyrekleşir. Östrojen hormonu seviyesi düşer ve fizyolojik, psiko sosyal bir çok değişiklikler ile ortaya çıkar (3,4,32).

2) Erken Menopoz: Overyen fonksiyonların kaybı sıklıkla ilerleyici bir durumdur ve uzun yıllar boyu oluşarak menopozda sona erer. Buna rağmen bazı kadınlarda, overyan fonksiyonlar; kemoterapi, uzun süre emzirme, ciddi şişmanlık, hipotrodizim, sık gebelik, kürtaj veya ooferektomi gibi cerrahi bir işlem sonucu umulandan daha erken ve ani olarak kaybolabilir (4,32,33).

Prematür overyen yetmezlik olarak da isimlendirilen erken menopoz, menopozun spontan olarak 40 yaşından önce oluşması şeklinde tarif edilmekte ve kadınların %8'inde ortaya çıkmaktadır. Relatif olarak genç yaş ve olayın umulmayan zamanda oluşması nedeniyle psikolojik ve hormonal destek gereklidir (2).

3) Cerrahi Menopoz: Çeşitli nedenlerle yapılan histerektomiye eşlik eden yada etmeyen ooferektomi (overlerin çıkarılması), sonrasında görülen menopoz, cerrahi menopoz denir. Histerektomi ile birlikte overler çıkarılmazsa kadın menopozu girmez. Çünkü overler aktivitelerini sürdürmeye devam eder. Bununla beraber overleri çıkarılmamış bazı kadınlarda sıcak basması yakınmalarının olduğu gözlenmiştir. Bunun nedenini cerrahi işlem sırasında overleri besleyen arterlerin incinmesi ve kanlanmanın bozulmasına bağlı overyan atrofi ile açıklanmaktadır (4,29,31,32).

2.1.6. Postmenopozal Dönem

Menopozal geçiş döneminin son fazıdır. Son adet kanamasından yani menopozdan bir yıl sonra başlar ve yaşlılık dönemi başlangıcına kadar sürer. Bu döneme ovarian sessizlik dönemi de denir (4,12). Kadın yaşamının üçte birinden fazlasını oluşturur. Over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır. Kadının yaşlandıkça gonodotropinlere direnci artar ve hormonal aktivitesi azalmış follüküller bulunur. Kaliteli follükül sayısı azaldıkça, overlerde makroskopik ve mikroskopik değişimler ortaya çıkar. Overlerin ağırlığı 40 yaşlarında 14 gr. iken postmenopoz da yaklaşık 5 gr.a kadar düşer (5,6,12,29).

Over hormonlarından özellikle östrojenin azalmasına bağlı olarak ürogenital sistem yaşlanması ve gerilemesi, buna bağlı olarak idrara tutamama, ağrılı idrara yapma gibi üriner yakınmalar ve elastikiyet kaybı, kırışıklık, cilt gerginliğinin azalması, saçlarda seyrelme gibi dermatolojik problemlerde görülebilir. Östrojen eksikliğinin uzun dönem sonuçları ise osteoporoz ve kardiovasküler sistem problemlerine karşılaşma şansı yüksektir (6,34).

2.1.7. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar

1) Siklus Bozuklukları

Düzenli ovarian fonksiyonların kesilmesinin en belirgin özelliği semptomu uzamış amenoredir. Menstruasyonun kesilmesi overler tarafından üretilen östrojen miktarının endometrial gelişimi gerçekleştirmeye yetecek derecede olmadığını gösterir (5,6,29,35).

Sikluslar yaşla hafif bir kısalma eğilimi gösterse de menopoz yaşına gelene kadar genelde değişmeden kalır. Premenopozal döneme girildiğinde sikluslar uzayabilir yada düzensizleşebilir. Ani şiddetli, tehlikeli ve uzun süreli kan kaybı atakları arasında lekelenme tipi kanamalar yada kanama olmayan dönemler bulunabilir. Menopoz yaklaştıkça oligomenore ve amenore atakları baskın hale gelir. Bütün bunların ardından normal dönem sikluslar izlenebilir ve hatta gebelikle sonuçlanabilir. Anovuluar siklus nedeni ile foleküller sürekli östrojen salgılar ve

endometriumu sürekli proliferatif fazda tutar. Endometrium yıkılmaya başladığı zamanda rejenerasyonu sağlayacak östrojen düzeyi olmadığı için kanama fazla ve devamlı olarak ortaya çıkar. Sürekli östrojen uyarılmasının bağlı olarak da ‘‘hiperplazi’’ oluşur. Hiperplazi ise kanser için önemli bir faktördür (5,6,12,28).

Kırk elli yaşlarında ki kadınların jinekologa başvurmalarına gerektiren nedenlerden biri disfonksiyonel uterus kanamasıdır. İrregüler kanamalar pelvik kanserlerden ayırt edilmelidir (28).

Bu dönemdeki kadınlar mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Hem istenmeyen gebeliklerden korunmak hem de tanı amaçlı servikal ve endometrial biyopsi alınması ile adetlerin düzenini sağlamak için tedavi önerilmesi sağlanmış olur (4,35).

2) Vazomotor Değişiklikler

Menopozda vazodilatasyon ve vazokonrüksiyon şeklindeki değişiklikleri kadınlar ‘‘sıcak basması’’ ve ‘‘gece terlemesi’’ şeklinde yaşarlar. Vazomotor değişiklikler over yetersizliği veya overin çıkarılmasından birkaç hafta sonra başlayan östrojen eksikliğine bağlı akut bir semptomdur. Genellikle menopozdaki kadınların %85’inde sıcak basması veya vazomotor semptomlar görülür. Ancak bu kadınların yarısında iki yıl kadar devam eder ve %85’ine tıbbi yardım gerekebilir. Kadınların %15-20 ise sorun 5 yıldan daha uzun sürebilir (5,11,12,28).

Sıcak basması, yüzde, boyunda ve göğüste ani başlayan ısı artımı, kızarıklık ve terleme ve taşikardi (Kalp atım sayısında artma) şeklindedir. Kızarıklık vücudun üst kısmına yayıldıktan sonra diğer vücut bölgelerine de yayılır. Kızarıklık sırasında fiziksel rahatsızlık duyulur. Deride renk değişikliğine yol açar. Çoğu kadın bu durumdan rahatsızlık duyar. Damarlardaki daralmanın arkasından damarlarda genişleme izler ve böylece sıcak basmasının arkasından üşüme takip eder. Aynı olay gece uykuda da olur. Sıcak basması izlemi sırasında seri kan örneklerinin alınması, Lutenize Edici Hormon (LH) düzeyi ile ateş basması arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Her ısı artışında LH’in yükseldiği saptanmıştır (36).

Kadının psikolojik yapısı ve hormon düzeyi bu sıcak basmalarının şiddetine ve sıklığına çok etkilidir. Ani hormon eksilmeleri olan durumlarda olay çok daha şiddetlidir. Bu olay özellikle ameliyat ile yumurtalıkların alındığı kadınlarda kendini

çok belirgin gösterir. Sıcak basması tek başına olan bir belirti değildir. Çarpıntı, boğulma hissi, terleme, ciltte uyuşukluk, huzursuzluk ve benzeri ek hisler de duyulur (2,28,29).

Kadınlar bu süreçte sıcaktan boğulacakmış gibi hissederler ve sürekli serin yerlerde durmaya çalışırlar. Sıcak basmalarını azaltabilmek için; fazla terletmeyecek kıyafetler giyerek, oda ısısını 18 °C tutmaya çalışarak, stresten mümkün olduğunca uzak durarak, baharatlı yiyecekler , çay kahveden mümkün olduğunca uzak durarak sıcak basması kontrol edebilirler. Sıcak basması östrojen eksikliği ile ortaya çıkan bir bulgu olduğu için hormon tedavisi (HT) başlandığında da bu semptomda azalma olduğu saptanmıştır (28,36).

3) Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Vajina, vulva, üretra ve mesanede çok sayıda östrojen reseptörleri olup, estrojenin azalması ile bu organlarda duyarlılığın azalması söz konusudur. Bu da atrofiye yol açar ve vajinal kuruluk, disparoni, vulvada kaşıntı, idrar sıklığında artış gibi semptomlara neden olur. Mons pubiste kıllanma azalır. Labium majör deri altı yağ dokusu ve elastikiyeti azalır. Vulvo distrofileri artar (16,29).

Vajinada epitel incelik, beyazlaşır, direnci azalır. Postmenopozal kanamaların %15 kadarı vajinal travmaya bağlı gelişmektedir. PH 6-8'e dek yükselir. Enfeksiyona dirençli mukoza bu özelliğini kaybeder, enfeksiyon görülme sıklığında artma meydana gelir. Atrofik vajinitler ortaya çıkar. Uterustada östrojene bağlı hücre bölünmesi yavaşlar ve elastikiyeti azalır. Doku direnci azaldığında dolayı sistosel, rektosel ve prolapsus insidansında artma meydana gelir (5,30,35).

Üretranın epitel katlarının azalması ile incelme, üretra ve çevre dokuların mukoza tonüsünde azalma olur. Bu, mesanede boşalma eşiğinin düşmesine neden olur.İdrar tutma zorlaşır. Böylece dizüri, sıkışma, inkontinans, stres inkontinans, sık sık idrara çıkma gelişir. Premenopozal üriner inkontinans prevalansı % 11.6 iken, 45 yaşında; %20-25, 60 yaşında %35-40' dır (4,31).

Kadınlar menopozdaki korku nedenlerinin cinsel değişim ile ilgili olduğu saptanmıştır. Lorna ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların premenopoz korkularının %15.7, vajinal belirtilerin %7-8, cinsel problemlerinin %8 olduğu saptanmıştır. Vajinal ağrı, postkoital kanama, vajinal kuruluk, kadının ve eşinin

cinsel aktivitesini etkilemekte, çiftlerin isteklerinde azalma ilişkisinin kısa süreli olmasına neden olmaktadır (30).

Menopoz süresince kadının ve eşinin cinsel davranışları bir çok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler arasında fizyolojik değişiklikler, Erkeğin eşine karşı tutumu ve kültürel etmenler sayılabilir. Bazı kadınlar, üreme yeteneğinin kaybını seksüel ilişkinin kesilmesinin bir işareti olarak algılamaktadırlar. Bu nedenle cinsel ilişki zevk alınan bir doyum kaynağı olmasından çok yerine getirilmesi bir görev olarak yorumlanmaktadır (4,28,37).

Buna karşın menopoz bazı kadınların seksüel yaşamını da olumlu yönde de etkileyebilmektedir. Menopoz kadının gebe kalma korkusunu ortadan kaldıracağı için onun daha rahat cinsel ilişkiye girmesini sağlamaktadır (14,37) .

Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların tedavisinde uygulanan yöntemler arasında bireysel ya da grup danışmanlığı, çiftlerin tedavisi, hormon tedavisi sayılabilmektedir. Hemşirede menopozda cinsel fonksiyon bozukluğunda kadınların tedavisinde danışman ve eğitici olarak rol oynamalıdır (14,16).

4) Kardiovasküler Sistem Değişiklikleri :

Genellikle kalp hastalıklarını bir erkek hastalığı olarak düşünmekle beraber kardiovasküler hastalıklar kadınlarda da ölüme neden olabilecek önemli hastalık grubudur. Her yıl 40.000 kadın meme kanserinden ölürken, kalp krizinden ölen kadın sayısı 250.000' dir (2,28).

Kadınlarda menopoza kadar östrojen defekti olmaması kadınları arteriosklerotik kalp hastalığından da korur. Amerikan Kalp Topluluğuna göre 45-64 yaşları arasındaki dokuz kadından birinde kalp damar hastalığı görülürken, bu oran 65 yaş ve üstünde üçte birine düşmektedir. Genel olarak her iki cinste koroner kalp hastalığından ölüm oranı erkeklerde kadınlardan 5-10 kez fazladır. Yaşın ilerlemesi ile bu fark yavaş yavaş kaybolur. Elli beş yaşından sonraki her 10 yılda kalp hastalığından ölüm erkeklerde 2 kat, kadınlarda ise 3 kat artar (28,30,31).

Menopozda bütün lipoprotein fonksiyonlarında artma vardır. Menopozda artan kolesterol artışı düşük dansiteli lipoproteinlerin (LDL) oranını artırır ve LDL düzeyinin artması da koroner arter hastalığı riskini artırır (2).

Kardiovasküler hastalığın risk faktörleri arasında; yaş, erken menopoz, soy geçmişte kardiovasküler hastalık hikayesinin olması, yüksek kolesterol düzeyi, hipertansiyon, diyabet ve sigara kullanımıdır. Menopoz yaşını ve soy geçmişi değiştirmek mümkün değildir. Ancak sigara, hipertansiyon, stres, kolesterol ve şişmanlık kontrol edilebilir. Bu nedenle orta yaştaki menopozal kadınlara hemşireler koruyucu danışmanlık hizmeti vermelidir (2,6,28,35).

5) Deri ve Saç Değişiklikleri:

Yaşlanma ve östrojenin azalması ile deride belirgin değişiklikler olur. Genel bir incelme ve elastikiyet kaybı vardır. Özellikle yüz, boyun ve ellerde görünüm tipiktir. Ağız ve göz etrafında karakteristik değişiklikler olur. El üstündeki değişiklik kolayca fark edilir. Deri de epidermis inceler ve yaşlanmayla birlikte bazal tabaka inaktif hale gelir. Deri altındaki venler detaylı bir şekilde belirginleşir. Ayrıca ciltte hiperpigmentasyon, depigmentasyon da sıkça rastlanan belirtiler arasındadır (4,6).

6) Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri:

Kemik hücrelerinde östrojen reseptörleri bulunur. Östrojen kemik metabolizmasında emilimi bastırma ve yapımı artırıcı etkisi vardır. Östrojenin çekilmesi ile iskeletten kalsiyum geri emilimi başlar (6,28).

Osteoporoz: Overial fonksiyonların gerilemesine bağlı olarak östrojenin kan seviyesinin düşmesi sonucu gelişen ve 55 yaş üstü kadınları etkileyerek özellikle postmenopozal dönemde görülen önemli sorunlardan bir tanesidir. Yaşlanma ile birlikte kemik kütlesi dereceli olarak kayıp olmaktadır. Bu süreç menopozdaki kadınlarda daha hızlı olup, postmenopozal dönemde ilk birkaç yıl içinde yaklaşık %15'lik kayıp yaşanmaktadır. Cerrahi menopoz sonrası ilk altı yıl, yıllık kemik kaybı %3.9 civarında iken doğal menopoz sonrası bu oran %1-2 kadardır (14, 28, 38).

Osteoporoz vakalarının üçte biri postmenopozal kadınlarda görülür ve osteoporotik kemiklerin daha çabuk kırılması ile sonlanan bir kemik hastalığıdır. Sadece ABD' de yılda 1.3 milyon osteoporozla bağlı kırık vakası görülür. Altmış beş yaşlarında vertebral kırıkların kadınların %15'inde görülmektedir. Osteoporozdan

dolayı dünyada kalça kırıklarının sayısı 1990 yılında 1.7 milyon iken, bu rakam 2050 yılında 6.3 milyon kadar yükseleceği beklenmektedir (30).

Osteoporozda ilk belirti genellikle vertebral kemiklerdeki çökme sonucu ortaya çıkan boy kısalmasıdır. Erken belirtilerden bir diğeri de özellikle sırtın alt kısmında görülen sırt ağrısıdır. Osteoporozun geç belirtileri ise vertebraların vücudu uzun süre dik pozisyonda tutamaması sonucu gelişen kamburluk ve kemikte kitle kaybının neden olduğu kemik kırıklarıdır (11,30).

2.1.8. Menopoz Döneminde Hemşirenin Fonksiyonları

Hemşireliğin bilimselleşmesini başlatan Florence Nightingale'den günümüze hemşirenin rol ve işlevlerinde önemli değişme ve gelişmeler olmuştur. Pek çok hemşire kuramcı tarafından farklı şekillerde idealize edilen hemşirelik mesleğinin temel işlevi "Sağlıklı /hasta bireye, temel gereksinimlerini gidermede yardım etmek"tir (39).

Hemşire, kadının orta yaş ile ilgili beklentilerini, değerlerini, sosyal desteklerini, kendisini tanımasını ve sağlığında aktif rol almasını sağlayabilir. Böylece kadına sağlığını geliştirme davranışlarını benimseterek, fizik ve mental potansiyelini geliştirebilir. Sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde anahtar rolü olan hemşirelik, yaşamın her döneminde olduğu gibi menopoz döneminde de kadına bütüncül (holistik) bir anlayışla yaklaşılmalıdır (39,40).

Araştırmalar, kadınların pek çoğunun menopozun ne olduğunu, bedenlerinde neler olacağını bilmediklerini göstermiştir. Bu nedenle menopoz dönemini kadınlara tanıtır destek olma adına tedavi edici (sekonder), koruyucu (primer) ve rehabilite edici (tersiyer) hizmetlerde, hatta eğitim ve yönetim alanlarında görev yapan hemşireler, bilimsel bilgi ve yaklaşımları ile menopozdaki kadınlar için kaynak kişi olmalıdır (39,41).

2.2. Uyku

2.2.1. Uykunun Tanımı ve Özellikleri

İnsan ömrünün üçte birini uykuda geçirmektedir (24). Neredeyse tüm canlıların periyodik olarak, belirlenmiş bir zaman dilimi içinde uyku yada uyku benzeri bir döneme girdiği bilinmektedir. Uyku insan ömrünün yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır (20). Uyku mental biyolojik aktivitenin geçici ve kısmi olarak durması şeklinde tarif edilebileceği gibi, 24 saatlik sirkadyen endojen ritim içinde kişinin duysal veya diğer bir stimulusla uyanabildiği gelip geçici bir bilinçsizlik dönemi olarak tanımlanabilir. Kaliteli bir uyku ile sağlıklı olma arasında ilişki yıllardır bilinmektedir. Fakta bu konudaki çalışmalar ve uyku fizyolojinin aydınlatılması EEG'niğn keşfi ile başlamış, 1953'te Aserinsky ve Kleitman tarafından REM uykusunun ortaya konması ile hız kazanmıştır (21).

2.2.2. Uykunun Fizyolojisi

Bugünkü bilgilerimize göre uyku, organizmanın işlevlerinde edilgen bir yavaşlama ve sessizliğe geçiş durumu değildir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi etkin bir süreçtir ve karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir (24).

Yetişkin insanlarda ortalama uyku süresi genelde günde 7-8 saattir. Ancak günde 4 saat uyku ile yetinen yada 10 saate kadar uyku gereksinimi duyan ve önemli uyum sorunu olmayan insanların sayısı da az değildir. Çocuklukta ve bebeklikte uyku süresi çok daha uzundur, yeni doğanda günde 16-18 saati bulur (18,24).

Uyku periferik sinir, endokrin, kardiyovasküler, solunum ve kas sistemindeki değişiklikler ile sağlanan bir dizi biyolojik basamakları içerir. Serebral korteksin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensafalogram (EEG), kas tonüsünü ölçen elektromyogram (EMG), göz hareketlerini ölçen elektrookülogram (EOG) uykunun bazı fizyolojik yapısal yönleri hakkında bilgi sağlar (18).

Uykunun başlaması bir dizi aktivite sonucu oluşmaktadır. Vücut ısısı ve kortizol düzeyi düşmekte, melatonin salgısı artmaktadır. Organizma sirkadiyen ritme uygun olarak uykuya girişe hazırlanmakta, Santral Sinir Siteminde (SSS) subkortikal bölgelerde locus ceruleusda inhibasyon başlamaktadır. Bu sırada dorsal rafe

nukleuslarında aktivitenin artığı dikkati çekmektedir. Böylece derin uyku ortaya çıkmakta, uyku derinleştikçe adrenerjik sistemde inhibisyon derinleşmektedir. İnhibisyon sürdükçe subkortikal bölgelerde kolinerjik aktivite belirli bir noktayı aştığında REM dönemi ortaya çıkmaktadır (20).

Üst beyin bölümünde bulunan Retiküler Aktivatör Sistem (RAS), canlılığı ve uyanıklılığı sağlayan özel hücreler içermektedir. RAS; görsel, işitse, ağrı ve dokunma hissi ile uyarıları alır. Serebral korteks aktivitesi de RAS'I uyarır ve buradaki nöronların aktivitesi sonucu uyanıklık oluşur (18).

Normal uyku gereksinimleri tüm yaş gruplarında uykunun süre ve kalitesi değişir. Bazı bireyler 4 saat uyku ile dinlenirken bazıları 10 saati tercih eder (18).

Yenidoğan doğum sonrası 3 ay süreyle ortalama 16 saat uyku uyumaktadır. Açlık, ağrı, soğuk, sıcak ve diğer uyarılar sıklıkla ağlamalarına neden olur. İlk hafta yenidoğan sürekli olarak uyur. Bu uykunun %50'si üst beyin merkezince uyarı alan REM uykusudur. Bu gelişim için gereklidir. Orta yaş; uykuda geçirilen zaman azalır. Orta yaş stresi ve değişiklikleri nedeni ile muhtemelen insomnia yaygındır. Kadınların menopozal durumları insomnia nedeni olabilmektedir (18,42).

2.2.3. Uykunun Fazları

Normal uyku iki faz içerir. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı devre (Non REM sleep-NREM) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu dönem (REM sleep). Tipik bir 90 dakikalık uyku siklusu sırasında, bir uyuma süresinde NREM esnasında 4 dönemde geçirilir. Uyku 1. dönemden 4. döneme doğru gittikçe derinleşir. Hafif uyku 1 ve 2. döneme özgüdür ve birey çok kolay uyanabilir. 3. ve 4. dönem yavaş dalgalı uyku olarak isimlendirilen derin dönemleri içerir. Bireyin uyanması güçtür(20). Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM dönemi ortaya çıkmaktadır. Daha sonrada yaklaşık 90 dakika aralarla bir gecede 3-5 REM döneminden geçilmektedir (20,21,43).

2.2.3.1. NON REM Dönemi Kendi İçinde İki Ana Bölüme Ayrılır

A) Yüzeysel Uyku: Yüzeysel uyku, uyku-uyanıklık geçişi arasındaki dönemi oluşturmaktadır olup bu dönemde insanlar kolaylıkla uyandırılabilir. Yüzeysel uyku yaklaşık olarak tüm uykunun yarısından biraz fazlasını oluşturmaktadır (18,20,21).

B) Derin Uyku (Yavaş Dalga Uykusu): Derin uyku sırasında insanın uyandırılabilmesi için daha şiddetli uyarana ihtiyaç vardır. Bu dönemin bir ana özelliği de Growth Hormon (GH) salgılanmasındaki artıştır. GH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta, kardiovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak azalma dikkati çekmektedir. Tüm bu değişmelerin bedensel dinlenmeye, yenilenmeye hizmet ettiği kabul edilmektedir (20) .

REM uykusu oldukça farklı bir dönem olarak dikkati çekmektedir. REM döneminde solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında tonüs kaybı olmaktadır. Bu sırada göz hareketleri başlamakta, fazik ve tonik değişmeler birbirini izlemekte, bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış dikkati çekmektedir. Rüyaların %80'ni REM sırasında görüldüğü bilinmektedir (21,24).

2.2.4.Uykuyu Etkileyen Etmenler

Bir çok faktör uykunun miktarını ve kalitesini etkilemektedir. Bu etkenler aşağıdaki başlıklar ile incelenebilir.

2.2.4.1.Hastalıklar:

Ağrıya neden olan, fiziksel rahatsızlıklar yaratan yada morali etkileyen ve anksiyete, depresyon gibi problemlere yol açan çoğu hastalık uyku problemlerine neden olmaktadır. Solunum hastalıkları sıklıkla uykuyu bozar. Amfizem gibi akciğer hastalıkları solunum engelleyen ve sıklıkla iki yada üç yastıkla başı yükseltmeden birey uyuyamaz. Koroner kalp hastalığı sıklıkla ani göğüs ağrısı ve düzensiz kalp

ritmi ile karakterizedir. Bu hastalıkta birey sık sık uyanır ve uyku fazlarında da değişim yaşar. Örneğin REM uykusu ve 3 ve 4. fazlarında süprese olur. Hipertansiyon sabahları erken kalkma ve yorgunluk nedenidir. Hipertiroidizm de bireyin uykuya dalması için uzun zamana ihtiyacı vardır (18,24).

2.2.4.2. Uykuyu Etkileyen İlaçlar ve Maddeler

Genç ve orta yaşlı bireyler yaşam içindeki stresörlerle başetmek için uyku ilaçları alabilmektedir. Kronik hastalıklarını kontrol yada tedavi için ilaç alan yaşlı bireylerde ve birkaç ilacı birlikte kullananlarda ciddi uyku bölünmeleri olabilir (18,24).

Bazı ilaçların ve maddelerin uykuya etkileri:

Hipnotikler

- Derin uyku fazlarına ulaşmada bölünme
- Uykunun süresi geçici olarak uzar (1 hafta)
- Gün içinde aşırı uyuşukluk, konfüzyon enerji azalmasına neden olabilir.

Diüretikler

- Noktüri

Beta-blokerler

- Gece kabuslarına neden olabilir
- İnsomnia nedenidir
- Uykudan uyanmaya neden olur.

Benzodiazepinler

- Uyku zamanını artırır
- Gün içinde uyumalarda artış olabilir.

Alkol

- Uykuya dalma hızlanır
- REM uykusunda bölünme olur
- Gece uyanma ve uykuya dalmada güçlük

Kafein

- Bireyin uykuya dalmasını zorlaştırır
- Bireyin gece uyanmasına neden olabilir (18).

2.2.4.3.Yaşam Şekli

Bireyin günlük alışkanlıkları uyku süreçlerini etkileyebilir. Gece şifti ile çalışmak, alışılmamış bir ağır iş performansı ile çalışmak, gece saatlerindeki aktivitelere katılmak uyku düzenini bozabilir (18,22).

2.2.4.4.Emosyonel Stresler

Emosyonel stresler bireyin gergin olmasına neden olmakta bireyin uykuya dalmasını güçleştirirken, çabuk uyanmaya da neden olabilmektedir.

Emeklilik, fiziksel yetersizlik, ölüm yada ekonomik güvencenin olmayışı bireyde anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Bu yaşanan emosyonel streslerde uyku düzenini bozmaktadır (18,24).

2.2.4.5.Çevre

Bireyin uyuduğu fizik çevre, uykuya dalmasını ve uykuda kalmasını etkilemektedir. İyi bir havalandırma dinlendirici uyku için şarttır. Ses, ışık ve ısıda uykuyu dalmada güçlüğe neden olabilir (18,20).

2.2.4.6. Beslenme

İyi beslenme alışkanlığı nedeni ile sağlıklı olan bireyler, rahat uyurlar. Gece fazla ağır yemek yemek sindirim güçlüğü nedeni ile uykunun bölünmesine neden olur. Akşam kafein ve alkol alımı insomnia nedeni olabilmektedir.

Mısır, nohut, yumurta, deniz ürünleri, buğday, meyve, kırmızı yada sarı boya maddesi içeren besinlere bağlı alerjilerde çocuklar ve yetişkinde insomnia'ya neden olabilir (18).

2.2.5. Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması

Uyku sorunları, bir semptom olarak hemen her hastalıkta karşılaşılan ve yıllardır üzerinde durulan alanlardan birisidir. II.Dünya savaşından sonraki yıllarda gelişen teknolojinin katkısıyla önemli adımlar atılmış ve yıllar içinde çalışmalar “uyku tıbbı” başlığı altında toplanmaya başlamıştır. En sık görülen uyku hastalıkları insomnia, uyku apne sendromu, huzursuz bacak sendromu, narkolepsidir. Bu hastalıkların en sık görüleni insomnia olup A.B.D. istatistiklerine göre %17 oranındadır (44). Son yıllarda uyku bozuklukları ele alınırken farklı tablolar tanımlanmış, bozukluklar sınıflandırılmıştır (20).

1991 yılında yayınlanan “The International Classification Of Sleep Disorders (ICSD) en yaygın kullanılan sınıflandırmadır. DSM-IV sınıflandırmasına benzerlik gösterse de daha geniş kapsamlıdır. İki sınıflandırmaya göre tanı grupları:

DSM-IV Sınıflandırılması

Disomnialar	Primer insomnia Primer hipersomnia Narkolepsi Solunumla ilişkili uyku bozukluğu Sirkadiyen ritm uyku bozukluğu Başka türlü adlandırılmayan dissomnia
Parasomnialar	Kabus bozukluğu Uyku terörü bozukluğu Uyurgezerlik bozukluğu Başka türlü adlandırılmayan
ICSD sınıflaması	
Dissomnialar	İntrensek uyku bozuklukları Ekstrensek uyku bozuklukları

	Sirkadiyen uyku bozuklukları
Parasomnialar	Uyanma bozuklukları
	Uyku- uyanıklık geçiş bozuklukları
	Genelde REM uykusu ile ilişkili parasomnialar
	Diğer parasomnialar (20,24,43)

2.2.5.1. Dissomnialar

Dissomnialar, uykunun miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişmelerle karakterize olan fazla uyuma yada uykunun başlama yada devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (20,21,24).

A) Primer İnsomnia

Uykuya dalma uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan uyku, insomnia karşılığı kabul edilmektedir. DSM-IV'te bu tanım, en az bir ay süren ve dinlendirici olmayan uyku şeklinde yapılmaktadır. Uykunun işlevi ve yapısı dikkate alındığında insomnia, kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olmadığı durumlar olarak tanımlanır (24,44).

İnsanların %50'si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk çekmektedir. Türkiye'de yapılmış bir çalışmada, genel popülasyonun %22'sinin insomnia yakınmasının bulunduğu saptanmıştır. Bunların %50'si uykuya dalma, %44'ü uykuyu sürdürme güçlüğü tanımlarken %6'sı hiç uyumadıklarını ifade etmişlerdir. İnsomniaların %45.9'u, gene popülasyonun ise %10'u kronik bir şekilde uykusuzluktan yakınmaktadır (20).

Kronik insomnia, kadınlarda, yaşlılarda, tıbbi/psikiyatrik sorunları olanlarda yaygındır. Uyuyabildiklerinde oldukça yüzeysel uyuduklarını, kolaylıkla uyanıp uyumakta güçlük çektiklerini ifade etmektedir. Polisonografik çalışmalarda da bu insanların kolay uyandıklarını ve daha uzun süre uyanık kaldıkları saptanmıştır (20,21,24).

Etiolojisinde biyolojik faktörler arasında; metabolik ve endokrin bozukluklar, kardiovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem hastalıkları,

romatizmal hastalıklar ve nörolojik patolojiler sayılabilir. Psikolojik faktörlerde ise bireyin içinde bulunduğu gerginlik, kaygı gibi yaşantıların uykunun başlangıcında beklenen gevşemeye engel olduğu, hatta uyku yada uykunun kaygı verici bir yaşantı olarak ortaya çıktığı söylenebilir (20).

Bu tür hastalardan iyi bir öykü alınmalıdır. Psikolojik değerlendirmesi, fizik muayene ve laboratuvar testleri, polisomnografi testi yapılarak hasta hakkında gerekli veriler toplanır.

Tedavisinde de İnsomniaların uyku hijyeninin düzenlenmesinde önemli ölçüde yarar sağlayacaktır. Psikofizyolojik bozukluklarda, ilaçlardan çok bireyin içinde bulunduğu gerginliği dikkate alınarak psikoterapötik yaklaşımlar öncelikle düşünülmelidir. Bu grupta davranış tedavileri (uyku kısaltma tedavisi, gevşeme tedavisi, psikoterapötik yaklaşım) oldukça etkilidir (20,24).

B)Primer Hipersomnia

Türk toplumunda genel popülasyonun %14'ü hipersomniadan yakınmaktadır. Bu olgularında %32'si kilo fazlalığı göstermektedir. DSM-IV tanı ölçütleri dikkate alındığında bir aydan uzun süredir devam eden, gündelik yaşamın gidişini etkileyen, gece yeterince uyumasına karşın gündüzleri uyumak zorunda hissedenler hipersomnialı olarak tanımlanabilir (20,21,24).

C) Kleine-Levin Sendromu

Ergenlik döneminde başlayan, yılda birkaç atakla kendini gösteren, erkeklerde daha çok görülen ve erişkinlikte azalarak kaybolan bir tablodur. Genellikle birkaç günlük depresif dönemden sonra ya aniden başlar, nöbet sırasında hastanın uyandırılması neredeyse imkansız gibidir. Çoğu zaman başladığı gibi sonlanmakta ve hasta aylar boyunca olağan günlük yaşamına dönmektedir. Standart bir tedavisi olmamakla birlikte bazı olgularda lityum karbonatın etkili olduğu bildirilmiştir (20,21,42).

D) İdiyopatik Hipersomnia

Genellikle 20'li yaşlarda başlamakla birlikte her yaşta görülebilmektedir. Hastaların, hemen hemen sürekli denebilecek biçimde uzun süre uydukları, sabah dinlenmeden kalktıkları, gündüzleri de farklı sürelerde uyusalar da dinlenmedikleri dikkati çekmektedir.

Bu hastalarda etkinliği gösterilmiş bir tedavi modeli olmamakla birlikte antidepresanlar kullanılabilmektedir (20,42,45).

E) Narkolepsi

Uyanıklıkta uyku atakları ve kataplepsi, uyku-uyanıklık geçişi sırasında da uyku paralizisi ve hipnagojik hallüsinasyonlarla belirli bir bozukluktur. Genellikle adölesan dönemde ilk belirtiler orta çıkmaktadır. Tüm belirtiler her hastada bulunmazsa da gündüzleri uyku atakları en yaygın rastlanan yakınmalardır. Uyku atakları genellikle 1.5-2 saat aralıklarla önüne geçilmez bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Hastalar 5-10 dakika uyuduklarında tamamen dinlenmiş olurlar (42,45).

2.2.5.2.Solunum İle İlişkili Uyku Bozuklukları

Uyku sırasında solunumla ilişkili bozukluklar oldukça ağır komplikasyonları olan, yeterince tanınmayan ve yaygın sorunlardır.

Uyku Apnesi; Periferik yada santral faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ve uyku sırasında 10 saniyeden uzun süren solunum durmasıdır. Uyku apnesi sendromu tanısı için saatlik uykuda 5 taneden fazla apne bulunması koşulu aranmaktadır (27,46).

Erişkin popülasyonda prevalansı %1-10 arasında bulunmaktadır. Uyku apnesi, yaşlılarda, erkeklerde ve şişman kişilerde daha yaygın olarak görülmektedir. Hastaların tümünde horlama yakınmasının bulunduğu dikkati çekmektedir. İleri yaşlarda genel kas tonüsü azalmasının da katkısıyla horlamanın ve apnenin daha sık görüldüğü bilinmektedir.

Üç tip uyku apnesi tanımlanmıştır. Bunlar obstrüktif, santral ve mikst uyku apnesi dir. Obstrüktif apnede; üst solunum bölgesinde hava geçişini güçleştiren

faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Bu hastalardaki uyku çalışmalarında üst solunum bölgesinde hava akımı durmakta, diafragmatik bölgede aktivite sürmektedir. Santral tip apnede; solunum, santral mekanizmalar tarafından durdurulduğu için uyku kaydında üst solunum bölgesinde olduğu gibi diafragmatik aktivitelerde ortadan kalkmaktadır. Mikst apnelerde; santral olarak başlayan apne, obstrüktif gibi devam edebilmektedir (20,42,46).

Uyku apnesi düşünülen hastalarda uyku laboratuvarında standart kaydın yanı sıra üst solunum yollarında hava akımı için ağız- burun bölgesine, diafragmatik hareketleri kontrol etmek için de karın bölgesine özel elektrotlar yerleştirilir. Uyku sırasında kanda oksijen saturasyonunu kaydetmek için de alıcılar kullanılmaktadır. Bu şekilde yapılan kayıtlarla apneler, bunların türü, süreleri ve apne dönemleri sırasında kanda oksijen saturasyonu belirlenerek tanı konmaktadır (24,27,44,46).

Bir çoğu obes olan bu hastaların kilo vermeleri tedavinin ilk adımını oluşturmaktadır. Üst solunum bölgesinde yapısal bozukluklar saptananlarda, çeşitli cerrahi tekniklerle bozukluklar düzeltilebilmektedir (20,42 ,46).

Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromunun neden olabileceği sonuçlar:

1.Kardiyovasküler sonuçlar	Sistemik hipertansiyon İskemik kalp hastalığı Kalp yetmezliği Kardiyak aritmiler
2. Pulmoner Sonuçlar	Bronşial hiperaktivite
3. Nörolojik Sonuçlar	Serebrovasküler hastalık Gündüz aşırı uyku hali Sabah baş ağrısı Huzursuz ve yetersiz uyku
4. Psikiyatrik Sonuçlar	Bilişsel bozukluk Anksiyete depresyon
5.Endokrin Sonuçlar	Libido azalması
6. Nefrolojik Sonuçlar	Noktüri Proteinüri
7. Gastrointestinal Sonuçlar	Gastro-özofageal reflü
8. Sosyoekonomik Sonuçlar	Trafik ve iş kazaları

Ekonomik kayıplar
Evlilik sorunları
Yaşam kalitesinde azalma

9. Mortalite (47).

2.2.5.3. Başka Türü Adlandırılmayan Dissomnialar

Başka türlü adlandırılmayan dissomnia grubunda, özgül tanı ölçümlerini karşılamayan insomnialar, hipersomnialar yada sirkadiyen ritim bozuklukları yer almaktadır.

1. Restless Legs(RLS): RLS, istirahat ve uykuda, çoğu zaman ayaklarda olmak üzere uyuşma, karıncalanma gibi hisler, bazen ağrı ve sıçramalarla belirli bir tablodur. Bu nedenle uykuya dalma ve sürdürmeye ilişkin güçlükler ortaya çıkmaktadır. Ameliyat, doğum, mestruasyon gibi kanamalı dönemlerde, metabolik bozukluklarda ve antidepresan ilaç kullanımında yakınmalar artmaktadır.

2. İdiyopatik Periyodik Bacak ve Kol Hareketleri: Özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan, yineleyici ve düşük amplitüdlü, kısa süreli atmalar şeklinde kendini göstermektedir. Bu hareketler uykunun başlangıcında yoğunken, 3., 4. dönemde ve REM 'de azalmaktadır (20).

2.2.5.4. Parasomnia

Parasomnia, uykuda uyku dönemiyle eş zamanlı davranış ve fizyolojik alanlarda değişimler/ bozulmaları kapsamaktadır. Bu bozukluklar, SSS aktivasyonun otonomik sinir sistemi veya iskelet kaslarına aktarılması ile ortaya çıkan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Parasomniaların çocuklukta sık görülürken erişkinlik döneminde büyük bir azalış göstermesi, bu bozuklukların SSS matürasyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (20,24).

2.2.5.5. Kabus Bozukluğu

Her yaşta ortaya çıkabilen, en yaygın olarak 3-5 yaşları arasında görülen, genellikle REM döneminde ve uykunun ikinci yarısında bir dış uyaran olmaksızın

uyanmaya yol açan, korkutucu rüyalar ile belirlidir. Kabus bozukluğu genel popülasyonda yaklaşık %5 oranında rastlanmaktadır. Uykudan korku ve anksiyete ile uyanırlar, rüya içeriğini hatırlar, uyandıklarında çok az konfüzyon veya dezoryantasyon içindedirler. Epizod geçtikten sonra uykuya dalarlar. Tedavisinde genellikle psikoterapi uygun olur (24).

2.2.5.6. Uyku Terörü

Uykunun ilk saatlerinde, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan, çığlık atma ve ağlamanın eşlik ettiği, yoğun korku ile birlikte otonomik ve davranışsal değişikliklerle belirli bir bozukluktur. Uyku terörü epizodlarının çoğu, uykunun ilk 90 dakikası içinde ortaya çıkar. Olaylardan sonra genellikle amnezi vardır.

Uyku terörünün yaygınlığı, çocuklarda %1-6 olup, en çok 5-7 yaşları arasında görülmektedir. Adölesan dönemlerde epizodların sıklığı azalmaya başlar. Erişkinlerde prevalans %1 altındadır. Uyku teröründe belirgin bir motor aktivite vardır. Sık olarak uyurgezerlik epizodu ile devam eder. Epizodlar, ürkmüş bir şekilde yatağa oturarak, ani çığlık atma ve küçük sesler çıkarma ile birden derin uykudan uyanarak başlar, hasta konfü ve ajitedir. Tabloya, pupil dilatasyonu, terleme, taşikardi, takipne gibi otonomik aktiviteler eşlik eder. Panik ve korku yoğun olduğunda, hasta yataktan çıkmaya, kaçmaya kalkışabilir. Ani motor hareketler yaralanmalara yol açabilir. Epizodlar genellikle 15 dakika içinde tam bir uyanıklık hali oluşturmaksızın yatıştır. Hasta yatağa geri dönerek uykusuna devam edebilir (20,24).

2.2.5.7. Uyurgezerlik (Somnambulizm)

Yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan ani motor aktivite ile belirlidir. Uykunun başlangıcından sonraki ilk saatlerde, yaklaşık 10 dakika süreyle ortaya çıkar. Bu sırada hastanın uyandırılması güçtür ve tabloya amnezi eklenir. Çocukların %25-30'unda uyurgezerlik epizodları görülür. 12 yaş civarında en yüksek görülme sıklığına ulaşır, sonra giderek azalır. 15 yaşından sonra nadiren görülür. Yetişkinlerde prevalansı yaklaşık %1'dir. Yetişkinlerde görülenlerin çoğu çocuklukta başlayıp devam eden olgulardır. Uyurgezerlikte ailesel yatkınlık belirgindir.

Epizodlarda yatakta oturmaya başlar, genellikle boş anlamsız yüz ifadesi, etrafta bulunan nesnelere kayıtsızlık vardır. Hareketler amaçsız olmakla birlikte oldukça organize'dir. Hasta genellikle yatağa dönüp uyumaya devam eder. Genellikle gecede bir epizod ortaya çıkar ve uyanıklık oluşmazsa sabah olaylar hatırlanmaz (20,24).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun Tanımı ve Özellikleri

Depresyon sözcüğü, günlük dilde, bir çok duygunun bir araya gelişini betimlemek için kullanılır (üzüntü, hayal kırıklığı, karamsarlık vb) (53). Depresyon derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumuyla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgulaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom bir çok ruhsal yada ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki ana bölümde ele alınması yaygınlaşmıştır.

Birincil Depresyon; bedensel yada başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan depresyondur, ikincil depresyon ise bedensel yada başka bir ruhsal hastalıkla birlikte ikincil olarak ortaya çıkan depresyondur (24).

Depresyonun genel olarak yaygınlık oranı %9-20 arasında bildirilmektedir. AB.D.'inde erkeklerde görülme oranı %2.6 kadınlarda ise %7.0 oranında bildirilmiştir (24).

Menopozda görülen depresyon, diğer yaş gruplarında görülen depresyondan farklı değildir. Yaşam değişikliklerine bağlı oluşan depresyonda, geçmişte yaşanan depresif epizodların da etkisi vardır. Boş yuva sendromu'nda çocuklar evi terk ettiğinde kadınlar amaçlarını ve kimliklerini kaybettiklerini düşünerek depresif belirtiler gösterilebilir. Özellikle toplumumuzda menopoz anksiyetenin temelinde seksüel yetmezlik, yalnızlık ve izolasyon duygusu yatmaktadır (49).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli: Bu çalışma menopoz kadınında uyku bozukluğuna yol açan etkenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte kesitsel araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırma Afyon İli Sağlık Müdürlüğüne bağlı 2 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Afyon ili merkezinde bulunan 2 No'lu sağlık ocağı şehir merkezinde yer alan 29 mahalleye hizmet vermektedir.

İki No'lu Sağlık Ocağında; 3 pratisyen hekim, 12 ebe , 3 hemşire, 3 sağlık memuru, 1 laborant ve 1 çevre sağlık teknisyeni çalışmaktadır. Sağlık ocağında birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

3.3. Araştırma Evreni: Afyon Sağlık Müdürlüğüne bağlı, hastaneye ulaşılabilirliği daha kolay olan 2 Nolu Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan doğal yada cerrahi yoldan menopoza girmiş çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü tüm kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırma Örnekleme: Örneklem yapılmaksızın 2 No'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan doğal yada cerrahi yoldan menopoza girmiş çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü tüm kadınlara ulaşılması hedeflendi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri: Kadınların uyku kalitesi puanları bağımlı değişkeni, menopozal yakınma şiddeti, yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, menopoz nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurma durumu, medeni durumu, kronik hastalığının olup olmadığı ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması: Araştırmanın Verileri, Nisan – Temmuz 2004 aylarında Araştırmacı ve dört anketör tarafından yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Kadınların sosyodemografik bilgileri için “Kadın Tanılama Formu”, ilgili literatür incelenerek oluşturulan “Uyku Apne Semptomlarını Saptama Formu”, Temiz Tarafından Geçerlilik Ve Güvenirliliği Yapılmış Olan “Menopoz Belirti Tarama Listesi”, Tegin tarafından geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış “Beck Depresyon Ölçeği”, Akargün ve Arkadaşları Tarafından Geçerlilik Ve Güvenirliliği Yapılmış Olan “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi”, İle 5 Nisan –30 Haziran 2004 Tarihleri Arasında toplanmıştır.

3.7.1. Kadın Tanılama Formu: Bu formda araştırma kapsamına alınan kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, gelir durumu, sosyal güvencesi, menopoz nedeniyle daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurma durumu, ilaç tedavisine başlaması ve devamlılığına ilişkin bilgiler yer almaktadır (Ek1).

3.7.2. Uyku Apne Semptomlarını Saptama Formu: Konu ile ilgili literatür bilgileri araştırılarak uyku apne de en çok ortaya çıkan ve hastaneye yönlendirilmesi gereken bulguların araştırılması ile elde edilen bilgiler yer almaktadır (Ek2).

3.7.3. Menopozal Yakınma Tarama Listesi: İlk defa Menopoz yakınmalarını ölçülmek için Neugarten ve Kraines adlı iki bilim adamı 1965 yılında 28 maddeden oluşan belirti tarama listesi hazırlamıştır. Bu belirti tarama listesinde, belirtilerin 12’si somatik 11’i psikolojik ve 5’ide psikosomatik olarak gruplandırılmıştır. Anılan listedeki maddeler Türkiye’de Uçanok ve Bayraktar (1996) tarafından yapılan araştırma sonucunda belirti tarama listesinin toplam belirti puanı dışında somatik, psikosomatik ve psikolojik belirtilerin ayrıştırılmasında yeterli olmadığı görülmüştür. Bu noktadan hareketle araştırmacılar tarafından yapılan bir pilot çalışmada 28 maddelik belirti tarama listesindeki işaretleme frekansı düşük olan 8 madde eklenmiş ve geriye kalan 20 madde ise 0 hiçbir zaman ile 4 her zaman arasında derecelendirilmiştir. Böylece deneklerin listeden alabilecekleri en düşük puan 0 en

yüksek puan ise 80 olmuştur. Alınan düşük puan belirti düzeyinin düşüklüğüne, yüksek puan ise belirti düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Temiz tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Neugarten Kraines tarafından yapılan çalışmalarla ilgili yazılı kaynaklardan elde edilen bilgiler ışığında oluşturulan listedeki maddeler araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, Klinik Psikoloji, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dallarındaki uzmanlardan oluşan 5 kişi tarafından değerlendirilmiştir. Öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapıp son haline dönüştürülmüştür.

Geçerlilik güvenilirliği 4 farklı eğitim düzeyinde (ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite) 35-64 yaşları arasında toplam 480 kadın üzerinde çalışılmıştır. Araştırmada Türk kültürüne özgü olarak geliştirilen belirti tarama listesi maddelerinin üç faktör (psikolojik, somatik, psikosomatik) altında toplandığı görülmüştür. Güvenirlilik çalışması ise ölçeğin iç tutarlılık ve uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücünün oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir. Alfa değeri .89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin içerisinde menopoz döneminde ortaya çıkabilecek 33 tane yakınma yer almaktadır. Bu sorulara şiddetine göre hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğu zaman, her zaman gibi cevaplar verilmektedir.

Listede deneklerin verdiği cevaplar 5 dereceli likert tipi ölçekleme tekniğine uygun olarak derecelendirilmiştir. Böylece belirtilerin şiddetinin de ölçülmesi mümkün olmuştur. Derecelendirmede 0 "hiçbir zaman" ile 4 "Her zaman" arasında yapılmıştır. Deneklerin listede alabilecekleri en düşük puan 0 en yüksek puan ise 132'dir. Alınan düşük puan, belirti düzeyinin düşüklüğünü yüksek puan ise belirti düzeyinin yüksekliğini işaret eder (Ek3) (50).

3.7.4. Beck Depresyon Ölçeği: Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Onbeş yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Yaklaşık 10-15 dakikada uygulanabilmektedir. Yirmibir belirti kategorisini içermektedir. Duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumсуzлuk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendisinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal

içedönüklük, karasızlık,bedensel imge, uyku bozuklukları, yorgunluk, iştahın azalması, kilo kaybı, cinsel dürtü kaybıdır.

Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'dür ve 17 ile üzerinde alınan puanlar depresyon olduğunu gösterir(Ek4) (51).

3.7.5. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği: Pittsburg uyku kalitesi indeksi 1989 yılında Buysel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkiye'de Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Pittsburg uyku kalitesi indeksi sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçüm sağlanabilmektedir. Uykusu iyi olanlar (good sleepers) ve uykusu kötü olanlar (poor sleepers) arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapabilmektedir.

Uyku kalitesini saptayan ölçek toplam 18 öz bildirim sorusundan oluşur. Öz bildirim soruları olan bu sorular 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 (item), bileşen(komponent) puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde puanının gruplandırılması ile elde edilmektedir.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin 7 bileşini (komponent) vardır. Bunlar öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) dur. Tek bir sorunun puanı ile belirtilen bileşenler, bileşen 1 (soru 6), bileşen 3 (soru 4) ve bileşen 6 (soru 7)dır. Bileşen 2 puanı, soru 2 ve 5a; bileşen 4 puanı, soru 8 ve 9 puanlarının elde edilmektedir.

Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını yada uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesinin gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle veriler toplam uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü (5-21 puan) olarak sınıflandırılır(Ek5) (19,52).

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Örneklem özelliklerine uygun olan kadınlardan yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı ve anketörler tarafından veriler toplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

veriler kodlanarak kayıt edilmiştir. Veriler toplandıktan sonra, menopozal yakınmalar ile Pittsburg uyku kalitesi indeksinin her bölümüne ilişkin kaç puan aldığı araştırmacı tarafından elde hesaplanmıştır. Statistical Package For Social Science (SPSS) 11.0 programı kullanılarak istatistikler yapılmıştır.

Ankete katılan hastaların demografik verilerin hesaplanmasında sayı / yüzde, pittsburg uyku kalitesi ile sosyo demografik veriler, menopoz yakınmaları arasında t Testi, Ki-Kare, Korelasyon testleri kullanılmıştır. Ortalama değerler ortalama \pm standart sapma şeklinde verilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma Grubunun sosyo- demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo1: Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Afyon-2004)

Sosyo-Demografik Veriler	Sayı	Yüzde
<u>Sosyal Güvence</u>		
Yok	29	11.0
Emekli Sandığı ve Bağkur	167	63.2
SSK	68	25.8
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	208	78.8
Bekar	3	1.1
Dul	53	20.1
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur -Yazar Değil	24	9.1
İlk okul ve Ortaokul	153	58.0
Lise	48	18.2
Üniversite	38	14.4
<u>Gelir Durumu</u>		
Asgari Ücret Altı	9	2.5
Asgari Ücret	77	29.2
Asgari Ücret Üstü	178	67.4
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışıyor	15	5.7
Çalışmıyor	249	94.3
TOPLAM	264	100.0

Araştırma grubunun sosyo-demografik veri dağılımlarına bakıldığında; doğal menopoza girme yaşı 46.70 ± 4.44 , cerrahi menopoza girme yaşı 42.01 ± 5.44 ’dir. Kadınların %89.0’nın sosyal güvencesinin olduğu, bunlarında %63.2’si emekli sandığı ve bağkurlu idi. Kadınların %78.8’i evli, %58.0’ı ilk ve ortaokul mezunu, %67.4’ ü asgari ücret üstü para kazanmakta ve %94.3’ünün çalışmadığı görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 54.35 ± 6.25 ’dir.

Tablo 2: Araştırma Grubundaki Sistemik Hastalıkların Dağılımı (Afyon 2004)

Sistemik Hastalık Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	100	30.7
Hipertansiyon	110	33.7
Diyabet	26	8.0
Guatr	25	7.7
Diğer	65	19.9
TOPLAM	326	100.0

Kadınların mevcut sistemik hastalıklarının dağılımlarında ise %69.3'ünde bir yada birden fazla sistemik hastalık vardır. Sistemik hastalıklardan hipertansiyonun %33.7'ile en fazla, guatr'ın %7.7 ile en az oranda olduğu saptanmıştır.

Tablo 3: Araştırma Grubunun Menopoz ile İlgili Durumlarının Dağılımı (Afyon 2004)

Menopoz ile İlgili Durumlar	Sayı	Yüzde
<u>Menopoz Şekli</u>		
Doğal Menopoz	204	77.3
Cerrahi Menopoz	60	22.7
<u>Menopoz nedeniyle Hastaneye Başvurma</u>		
Hayır	146	55.3
Evet	118	44.7
<u>Menopoza yönelik HT Alma Durumu</u>		
Almayanlar	168	63.6
Alanlar	96	36.4
<u>HT' ve Devam Durumu</u>		
Etmeyen	223	84.5
Eden	41	15.5
TOPLAM	264	100.0

HT: Hormon tedavisi

Araştırma grubunun menopoz durumları ile ilgili dağılımlarında ise; %77.3'ü doğal yolla menopoza girmiş ve %44.7'si menopoz nedeni ile bir hastaneye başvurmuştur. Bu kadınların %63.6 sı doktorun önerdiği bir tedaviye başlamış, ancak %84.5'i bir süre sonra tedaviyi bırakmıştır.

Tablo 4:Araştırma Grubunun Pittsburg Uyku Kalitesi Komponentlerinden Aldıkları Puan Dağılımları

Pittsburg Uyku Kalitesi Komponenti ve puanı	Sayı	Yüzde
<u>Uyku Kalitesi</u>		
0	33	12.5
1	153	58.0
2	65	24.6
3	13	4.9
<u>Uyku Latensi</u>		
0	53	20.1
1	82	31.1
2	96	36.4
3	33	12.5
<u>Uyku Süresi</u>		
0	70	26.5
1	85	32.2
2	76	28.8
3	33	12.5
<u>Alışla Gelen Uyku Etkinliği</u>		
0	153	58.0
1	27	10.2
2	33	12.5
3	51	19.3
<u>Uyku Bozukluğu</u>		
0	11	4.2
1	136	51.5
2	106	40.2
3	11	4.2
<u>Uyku Hapları Kullanma</u>		
0	210	79.5
1	21	8.6
2	19	7.2
3	3	5.3
TOPLAM	264	100.0

Pittsburg Uyku Kalitesi ölçeği toplam yedi komponentten oluşmuştur. Tablo 4'te her bir komponentten aldıkları puan dağılımları görülmektedir. Araştırma grubunun uyku kalitesi komponentinde %58.0 ile 1 puanın daha yoğunlukta olduğu görülürken, Uyku latensinde %36.4 ile 2 puan, uyku süresinde % 32.2 ile 1 puan, alışlagelen uyku etkinliğinde % 58.0 ile 0 puan, uyku bozukluğunda % 51.5 ile 1

puan ve en son olarak uyku hapları kullanmada % 79.5 ile 0 puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 5: Araştırma Grubunun Pittsburg Uyku Kalitesinin Durumlarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi	Sayı	Yüzde
İyi	69	26.1
Kötü	195	73.9
Toplam	264	100.0

Pittsburg uyku kalitesinden kadınların aldıkları puan dağılımlarına bakıldığında %73.9'u 5 ve üzeri puan olarak uyku kalitesi kötü, %26.1'inde 5'in altında puan olarak uyku kalitesi iyi olarak saptanmıştır.

Tablo 6: Araştırma Grubunun Uyku Apne Semptomların Bulunma Durumlarının Dağılımı

Uyku Apne	Sayı	Yüzde
Yok	152	57.6
Var	112	42.4
Toplam	264	100.0

Araştırmaya katılan kadınların uyku apne sendromu belirtilerini gösterme durumuna göre %57.6 'sında uyku apne tanısına götüren belirtiler bulunmazken %42.4'ünde vardır.

Tablo 7: Araştırma Grubunun Uyku Apne Semptomların Bulunma Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı (Afyon 2004)

Uyku Apne Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yok	49	32.2	103	67.8	152	57.6
Var	20	17.9	92	82.1	112	42.4
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

p=0.006

Araştırmaya katılan kadınların uyku apne semptomlarının bulunma durumuna göre uyku kalitesi dağılımlarına bakıldığında; uyku kalitesi iyi olanların %17.9'unda uyku apne semptomları var, %32.2'sinde yoktur. Uyku kalitesi kötü olanlarda da %67.8'inde uyku apne semptomları yok, %82.1'inde ise semptom vardır. Uyku kalitesi ile uyku apne semptomu bulunma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.006$).

Tablo 8: Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Sosyal Güvence Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yok	9	31.0	20	69.0	29	11.0
Var	60	25.5	175	74.5	235	89.0
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

$P=0.525$

Araştırmamızdaki kadınların sosyal güvenceleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında; uyku kalitesi kötü olanların %69.0'nın sosyal güvencesi yok, %74.5'nin ise sosyal güvencesi vardır. Sosyal güvence ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p=0.525$).

Tablo 9: Araştırma Grubunun Gelir Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Gelir Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Asgari Ücret Altı	22	26.5	61	73.5	83	31.4
Asgari Ücret Üstü	47	26.0	134	74.0	181	68.6
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, $P=0.926$, SD:1

Araştırma grubunda uyku kalitesi üzerine gelir durumunun etkili olmadığı görülmüştür. Uyku kalitesi kötü olan kadınların, %73.5'nin asgari ücret altı, %74.0'nın ise asgari ücret üstü kazandıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların gelir durumları ile uyku kalitesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.926$).

Tablo 10: Araştırma Grubunun Sistemik Hastalığı Bulunma Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Sistemik Hastalık Bulunma Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yok	32	32.0	68	68.0	100	37.9
Var	37	22.6	127	77.4	164	62.1
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, P=0.090, SD:1

Araştırmaya katılan kadınların sistemik hastalığı bulunma durumları ile uyku kalitesi dağılımlarına bakıldığında; sistemik hastalığı olmayanlarda %32.0'ında, sistemik hastalığı olanlarda ise %22.6'sında uyku kalitesinin iyi olduğu saptanmıştır. Kadınların sistemik hastalığı bulunma durumu ile uyku kalitesi arasında orantısal fark olmakla birlikte, bu farklılığın istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadığı görülmüştür (p=0.090).

Tablo 11: Araştırma Grubunun Sistemik Hastalığına Bağlı İlaç Kullanma Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

İlaç Kullanma Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Hayır	44	30.1	102	69.9	146	55.3
Evet	25	21.6	93	78.8	118	44.7
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, P=0.100, SD:1

Araştırmamızdaki kadınların sistemik hastalığına bağlı ilaç kullanma durumları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında; ilaç kullanmayan kadınların %30.1'nin, ilaç kullananları ise %21.6'nın uyku kalitesinin iyi olduğu tespit edilmiştir. İlaç kullanma durumunun uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır (P=0.100).

Tablo 12: Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Medeni Durum	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Evli	48	23.1	160	76.9	100	78.8
Dul veya Bekar	21	37.5	35	62.5	164	21.2
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki- Kare, P=0.29, SD:1

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile uyku kalitesi dağılımlarına bakıldığında; evli kadınların %23.1'inde, dul ve bekar olanların ise %37.5'nde uyku kalitesi iyi olduğu saptanmıştır. Evli yada bekar olma durumları ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.29).

Tablo 13: Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Eğitim Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Okur -Yazar Değil	5	20.0	20	80.0	25	9.5
İlkokul -Ortaokul	44	28.8	109	71.2	153	58.0
Lise	12	25.0	36	75.0	48	18.2
Üniversite	8	21.1	30	78.9	38	14.4
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki- Kare, P=0.665, SD: 3

Araştırma grubundaki kadınların eğitim durumları ile uyku kalitesi dağılımlarına bakıldığında uyku kalitesi kötü olanların %80.0'nın okur yazar olmadığı, %78.9'nun üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim durumları ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (P=0.665).

Tablo 14: Araştırma Grubunun Çalışma Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Çalışma Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Çalışıyor	2	13.3	13	86.7	15	5.7
Çalışmıyor	67	26.9	182	73.1	249	94.3
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, P=0.245, SD:1

Araştırma grubunda, kadınların çalışma yaşamının uyku kalitesi üzerine etkili olmadığı görülmektedir. Uyku kalitesi kötü olan kadınların %86.7'si çalışırken, %73.1'i hiçbir işte çalışmamaktadır. Araştırma grubunun çalışma durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (P=0.245).

Tablo15: Araştırma Grubunun Menopoza Girme Şekline Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Menopoza Girme Şekli	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Doğal Menopoz	56	27.5	148	72.5	204	77.3
Cerrahi Menopoz	13	21.7	47	78.3	60	22.7
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, P=0.370, SD:1

Çalışmaya alınan kadınların menopoza girme şekillerine göre dağılımlarına bakıldığında; doğal yolla menopoza girenlerde uyku kalitesi iyi olanların oranı %27.5'iken cerrahi yolla menopoza girenlerde %21.7 olduğu saptanmıştır. Doğal yada cerrahi menopoza girmeleri ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (P=0.370).

Tablo 16: Araştırma Grubunun Menopoz Tedavisi Alma Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (Afyon 2004)

Menopoz Tedavisi Alma durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Almayanlar	48	28.6	120	71.4	168	63.6
Alanlar	21	21.9	75	78.1	96	36.4
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, P=0.234, SD:1

Menopoz nedeni ile bir sağlık kurumuna başvurarak menopoz tedavisi almaya başlayan kadınlarda uyku kalitesine bakıldığında, uyku kalitesi iyi olanların %21.9'u tedavi almış, %28.6'sı tedavi almamıştır. Menopoz tedavisi alanlarda uyku kalitesi daha iyi olmakta, ancak gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır (P=0.234).

Tablo 17: Araştırma Grubunun Menopoz Tedavisine Devam Etme Durumuna Göre Uyku Kalitesinin Dağılımları (Afyon 2004)

Menopoz Tedavisine Devam Etme Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Etmeyen	56	25.1	167	74.9	223	84.5
Eden	13	31.7	28	68.3	41	15.5
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, P=0.377, SD:1

Kadınlarda menopoz tedavisine başladıktan sonra devam etme durumu ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında; tedaviye devam edenlerde uyku kalitesinin % 31.7'si iyi iken, tedaviye devam etmeyenlerde ise uyku kalitesinin %25.1'inde iyi olduğu görülmektedir. Menopoz tedavisine devam edenler ile etmeyenler arasında uyku kalitesi ağısında İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (P=0.377).

Tablo 18: Araştırma Grubunun Menopoz Yakınma Alt Gruplarının Puan Ortalamaları Dağılımları (Afyon 2004)

Menopoz Yakınmaları Alt Grupları	Puan Ortalaması
Somatik Yakınmalar	14.61±0.43
Psikosomatik Yakınmalar	15.93±0.44
Psikolojik Yakınmalar	15.28±0.53

Kadınlarda menopoz yakınma türlerine göre aldıkları puanlara bakıldığında psikosomatik yakınma puan ortalaması 15.93±0.44, psikolojik yakınmaların puan ortalaması 15.28±0.53, somatiklerin ise 14.61±0.43 puan olarak bulunmuştur.

Tablo 19: Araştırma Grubunun Menopoz Yakınmaları Alt Gruplarının Uyku Kalitesine Göre puan ortalamalarının Dağılımı (Afyon 2004)

Menopoz Yakınmaları Alt Grupları	Uyku Kalitesi		p değeri
	İyi (n=69)	Kötü (n=195)	
Somatik Yakınmalar	10.75±6.37	15.98±6.76	p<0.001
Psikosomatik Yakınmalar	11.73±7.10	17.42±6.59	p<0.001
Psikolojik Yakınmalar	10.36±6.41	17.02±8.70	p<0.001

T testi

Araştırma grubunda menopoz yakınmaları alt grupları ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.001). Psikosomatik yakınmaların uyku kalitesini birinci sırada kötü etkilediği görülürken, ikinci sırada psikolojik yakınmalar daha sonrada somatik yakınmalar gelmektedir.

Tablo 20: Araştırma Grubunda Depresyon Durumunun Dağılımı (Afyon 2004)

Depresyon Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	218	82.6
Var	46	17.4
Toplam	264	100.0

Araştırma grubundaki kadınların ortalama depresyon puanları 10.18±7.12'dir. Kadınların depresyonda olma durumlarına bakıldığında %82.6'sı depresyonda değilken, %17.4'nün ise depresyonda olduğu bulunmuştur.

Tablo 21: Araştırma Grubunun Menopoz Yakınmaları Alt Gruplarının Depresyon Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı (Afyon 2004)

Menopoz Yakınmaları Alt Grupları	Depresyon Durumu		p değeri
	Yok (n=218)	Var (n=46)	
Somatik Yakınmalar	13.63±6.75	19.28±6.54	p<0.001
Psikosomatik Yakınmalar	14.74±6.94	21.60±5.90	p<0.001
Psikolojik Yakınmalar	13.12±7.16	25.52±7.96	p<0.001

T testi

Kadınların menopoz yakınma alt grupları ile depresyon durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.001$). Somatik, psikosomatik ve psikolojik yakınmalardan alınan puan artıka depresyon puanı da artmaktadır. Depresyon puanını en çok artıran ise menopoz yakınmaların alt gruplarından olan psikolojik yakınmalardır.

Tablo 22: Araştırma Grubunun Depresyon Durumu İle Uyku Kalitesi Dağılımı (Afyon 2004)

Depresyon Durumu	Uyku Kalitesi				TOPLAM	
	İyi		Kötü		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yok	65	29.8	153	70.2	218	82.6
Var	4	8.7	42	91.3	46	17.4
TOPLAM	69	26.1	195	73.9	264	100.0

Ki-Kare, $P=0.001$, SD:1

Depresyon durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.001$). Depresyonda olanların %91.3'nün uyku kalitesi de kötüyken %26.1'inde uyku kalitesi iyidir.

Depresyon puanı ile uyku kalitesi arasında orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır ($r =0.39$, $p<0.001$).

Menopoz yakınma alt gruplarından olan Psikosomatik yakınmalar ile Uyku kalitesi arasında orta derecede ilişki pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0.44$, $p<0.001$).

Uyku kalitesi toplam puanı ile psikosomatik, psikolojik ve somatik puanlar arasında orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $r= 0.42$ $p<0.001$, $r= 0.40$ $p<0.00$, $r=0.44$ $p<0.001$).

İleri istatistiksel analiz olarak uyku kalitesi puanı ile somatik, psikosomatik, psikolojik yakınma puanları oluşturulan regresyon modeli ile incelendiğinde uyku kalitesi puanı ile somatik yakınmalar ve psikosomatik yakınmaların uyku kalitesi üzerinde etkili olduğu, psikolojik yakınmalarında etkisiz olduğu görülmektedir (sırasıyla $\beta=0.12$ $p=0.001$, $\beta=0.093$ $p=0.015$, $\beta=0.060$ $p=0.052$). Somatik, psikosomatik ve psikolojik yakınmaların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeks puanı üzerinde %24'lük bir etkiye sahip oldukları saptanmıştır ($p<0.001$).

5.TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler ve sosyal yapıdaki değişimler yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmuştur (1). Beklenen yaşam süresinin uzaması ve menopoz sonrası kadın nüfusunun artmasıyla birlikte kadınlar yaşamlarının önemli bir bölümünü postmenopozal dönemde geçirmektedir. Bu nedenle dünya üzerindeki bir çok ülkede son yıllarda menopoz ve postmenopozal dönem ve bu döneme ait sorunlar ile çözüm önerileri çok daha yoğun olarak tartışılmaktadır (4).

Bu çalışmada menopoza girmiş kadınlarda uyku bozukluğuna yol açan etkenler belirlenmeye çalışılarak aralarındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırma yapılan 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan menopozdaki kadınların menopoza girme yaş ortalaması doğal menopozda 46.70 ± 4.44 , cerrahi menopozda ise 42.01 ± 5.44 olarak bulunmuştur.

Karlıdere'nin çalışmasında doğal menopoza girme yaşı 46.32, cerrahi menopoza girme yaşı 45.45 olarak saptanmıştır (53). Aydemir ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da ise doğal menopoza girme yaş ortalaması 49.22, cerrahi menopoza girme yaş ortalaması ise 44.48, Alparslan'ın Adana Karataş bölgesinde yapılan çalışmasında menopoza girme yaşı 47.70, Danacı ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı başka bir çalışmada menopoza girme yaşı ortalaması 48.90, Hotun'un yaptığı çalışma da ise menopoza girme yaş ortalaması 46.74 olarak görülmüştür. Yurtdışında Jidong Sun'ın yaptığı çalışmada menopoza girme yaşı 49.15 bulunmuştur (54, 9, 55, 13, 56).

Araştırmamızda menopoza girme yaşı Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumlu iken yurtdışındaki çalışmalarda kadınların daha geç yaşta menopoza girdiği görülmüştür. Menopoza girme yaşını ırk, kalıtım, menarş yaşı, sigara içme alışkanlığı, hava ve sosyo-ekonomik faktörler etkilendiği bilinmektedir.

Araştırmada kadınların medeni durumlarına bakıldığında %78.8'i halen evli, %20.1'i dul, %1.1'i ise hiç evlenmemiştir (Tablo 1). Özdemir'in çalışmasında kadınların %81.9'u evli, %16.9'u dul, %1.2'si hiç evlenmemiş, Kabukçu'nun

çalışmasında %85.2'si evli, %10.5'i dul, %4.3'ü bekardır. Biri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların %64.2'si evli, %32.6'sı dul, %3.2'si bekar olarak bulunmuştur (57,58,59). Brzyski'nin çalışmasında kadınların %43.1'i evli yada ev arkadaşı var, %34.4'ü boşanmış, %22.5'i dul yada hiç evlenmemiştir (60). Araştırmada elde edilen veriler ülkemizde yapılan araştırma verileri ile benzerlik göstermektedir. Ancak yurt dışında yapılan çalışmalarda ise evlilik oranlarının ülkemizinkinden daha düşük olduğunu görülmektedir. Bunun nedeninde çalışan kadın sayısının daha fazla olması ile birlikte ekonomik özgürlüklerini kazanarak erken yaşta itibaren tek başlarına yaşamlarını devam ettirebilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir .

Kadınların çalışmamızda %58.0'nın ilkokul-ortaokul mezunu, %18.2'sinin lise, %14.4'nün üniversite, %9.1'nin okur yazar olmadığı bulunmuştur (Tablo1). Yiğit'in çalışmasında %90'ı ilkokul ve altı, %6.7'si üniversite, %3.3'ü ortaöğretimdir. Karlıdere'nin çalışmasında %41.1'i ilkokul mezunu, %37.8'i ortaokul-lise mezunu, %15.8 üniversite mezunu ve %5.3'ü okur yazar değildir. Özdemir'in çalışmasında %40.9'u okur yazar değil, %42.2'si ilkokul mezunu, %9.4'ü ortaokul mezunu, %7.5'i üniversite mezunudur. Biri'nin çalışmasında %13.6'sı okuryazar değil, %4.8'i okuryazar, %36.1'i ilkokul, %45.5'i orta ve üstü mezundur. Bu çalışmada eğitim durumu ülkemizde yapılan çalışmaların bazılarına göre daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni çalışma yapılan bölgenin özelliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. İki No'lu Sağlık Ocağına bağlı bölgede Afyon il merkezinin sosyo-ekonomik yönden en gelişmiş toplumu yerleşmiştir (61,53,57,59).

Araştırmaya katılan kadınların %67.4'ü asgari ücret üstü gelirlerinin olduğu görülmektedir(tablo1). Özdemir çalışmasında %37.0'nın 1 milyar ve üzerinde kazançları varken, Kabukçunun çalışmasında ise kadınların %54.5'nin asgari ücret ve üstü gelirleri vardır. Yiğit'in çalışmasında kadınların ekonomik durumlarının %60'ı orta düzeydir (57,58,61). Regestein'nin çalışmasında ise fakir sınıf %51, orta sınıf %37, zengin sınıf ise %12'dir (62). Bizim araştırmamızda ekonomik durumun iyi çıkmasının nedeni bu bölgede yaşayan kadınların ve ailelerinin yoğunlukla iyi kazanç getiren işlerde çalışmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumlarına bakıldığında %94.3'ü çalışmıyor, %5.7'si çalışıyor (tablo1). Filiz şahin doğan'ın araştırmasında kadınların %77.3'ü çalışmıyor

%27.7'si çalışmaktadır (63). Ayşe Esen Danacı'nın araştırmasında %90.0'ı çalışmıyor %10.0 çalışıyor, Vacide Yılmaz'ın araştırmasında ise %89.9'u çalışmıyor %10.1'i çalışıyor. Araştırma sonuçları diğer araştırma sonuçları ile benzerdir (55,64). Genelde bu bölgede yaşayan kadınlar eğitilmiş olsalar bile eşlerinin ve ailelerinin ekonomik düzeylerinin iyi olmasından dolayı çalışmamayı tercih ettikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sistemik hastalıklarına bakıldığında %30.7'sinde hiçbir kronik hastalık yok, %33.7'sinde hipertansiyon, %8'inde diyabet, %7.7'sinde guatr olduğu saptanmıştır (tablo2). Özdemir'in çalışmasında %85.6'sında kronik hastalık var %14.4'ünde hiç bir kronik hastalık yoktur (57). Görgülü'nün çalışmasında ise kadınların %57.9'unda hipertansiyon, %17.5'inde diyabet, %10.5'inde ise gastrit olduğu görülmüştür (65). Çalışmamızdaki kronik hastalık görülme yüzdeliği diğer araştırmaların yüzdeliklerine göre daha düşük çıkmıştır. Bu durum Sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan aile bireylerinin sağlık problemlerini önemsemeleri ve sağlık problemleri olduğunda sağlık merkezlerine ulaşabilme imkanına sahip olmaları nedeniyle hastalıklarını zamanında tedavi ettirmeleri ile ilişkili olabilir. Böylece hastalıklar kronikleşmeden erken dönemde tedavi edilebilmektedir.

Araştırma grubunun menopoz ile ilgili durumlarına bakıldığında kadınların %77.3'ü doğal yolla menopoza girerken, %22.7'si cerrahi menopoz girmiştir. Özdemir'in araştırmasında ise kadınların %72.8'i doğal menopozda %9.7'si ise cerrahi yolla, Yılmaz'ın çalışmasında ise kadınların %80'i doğal yolla menopoz girerken %20'si cerrahi yolla, Kuh çalışmasında ise kadınların %83'ü doğal menopoza girerken %17'si cerrahi yolla menopoza girmiştir (57,64,66). Bu çalışmada kadınların %55.3'ü menopoz nedeni ile hastaneye başvururken %44.7'si başvurmamıştır. Özdemir'in çalışmasında ise %45.5'i menopoz nedeni ile hastaneye giderken %54.5'i gitmemiştir (57). Işık'ın çalışmasında ise kadınların %28.0'nın menopoza girdikten sonraki ilk bir yıl içinde %51.6'sının ise menopoza girdikten sonraki ilk üç yıl içinde menopoz nedeni ile hastaneye başvurdıkları görülmüştür (1). Elde edilen çalışma sonuçları diğer yapılan araştırmalar benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda kadınların yarısından fazlası menopoz nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Bunun nedenin eğitim düzeyinin yüksek

olmasından, genel olarak kadınların sosyal güvencelerinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmada menopoz nedeni ile tedavi alanlar ise %36.4'iken almayanlar ise %63.6'dır. Yılmaz'ın çalışmasında kadınların %55.4'ü Hormon Tedavisi (HT) alırken %44.6'sı HT almamaktadır (64). Karlıdere'nin araştırmasında ise kadınların %45.5'i HT kullanmakta %54.5'ise HT kullanmamaktadır (53). Kabukçu'nun çalışmasında ise %35.7'si HT alırken %64.3 HT almamaktadır (58). Kuh araştırmasında ise kadınların %43'ü HT almış, %57'si HT almamıştır (66). Araştırmamızda genel olarak HT alanların yüzdesi diğer araştırma sonuçlarına göre düşük çıkmıştır. Bunun nedeninin de genel olarak kadınların HT'nin yan etkilerinden çekinmelerinden kaynaklanabileceği ile ilişkili olabilmektedir. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda da HT'nin kardiyovasküler hastalıklar, meme kanseri gibi durumları arttırdığı görülmüş ve bu konular medyada yaygın bir şekilde yer almıştır. Bu durumda toplumda genel olarak hormon tedavisinin kullanımına karşı olumsuz bir yaklaşım oluşmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Araştırma Grubunun Pittsburg Uyku Kalitesinin Durumlarının Dağılımı

Araştırmamızda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinden alınan toplam puan ortalaması 7.37 ± 3.58 olarak bulunmuştur ve bu sonuçlara göre kadınların %73.9'unda kötü kalitede bir uyku çıkmıştır (Tablo5).

Uran tarafından huzur evinde yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin toplam puan ortalamasının 6.25 ± 4.04 olmasından yaşlıların çoğunda uyku kalitelerinin kötü olduğu görülmüştür (19). Öztürk'ün çalışmasında da kadınların %47.1'inde uyku problemi olduğu bulunmuştur (72). Görgülü tarafında KOAH'lı hastalarda uyku kalitesi değerlendirilmiş ve yaş ilerledikçe genel olarak uyku kalitesinin düştüğü bulunmuştur (65). Özellikle 52-63 yaşta uyku kalitesinin bozulmaya başladığı dönemdir. Uykusuzluğun pek ciddiye alınmadığı Türkiye'de de oranlar batı ülkelerindekine yakındır. Çanakkale çevresinde yapılan 5000 kişilik bir ankette, taramaya katılanların %28'inin uykusuzluktan şikayetleri olduğu, %10'unun da 3 haftadan uzun süre ile ve haftada 3 gece ve daha fazla sıklıkla uykusuzluk çektiğini göstermiştir. Batı ülkeleri ile karşılaştırıldığında

daha az olmakla birlikte, Türkiye'de de uzun süreli uykusuzluk çekenlerin %10'u uyku ilacı veya benzeri maddeler kullanarak uyumaktadır (42).

Doğan'ın menopoz yakınmaları ile başvuran kadınların özelliklerini araştıran çalışmasında kadınların %4.7 oranında uykusuzluk şikayeti görülmüş, Güler tarafından histerektomi olmuş hastalarda yapılan çalışmada kadınlar %77.4 oranında uykusuzluk problemi çekmektedir (63,68). Biri'nin çalışmasında da uykusuzluk şikayeti üçüncü sırada yer alan bir bulgudur (59). Karlıdere'nin menopozda semptom örüntülerini içeren araştırmasında uyku düzensizliği %32.1'dir ve artan uyku düzensizliği menopozda depresyon semptomlarının yaygınlığını artırdığı görülmüştür (53). Özdemir'in çalışmasında da kadınların menopoz dönemindeki yakınmaları vazomotor semptomlar, genitoüriner semptomlar, psikolojik semptomlar olmak üzere incelendiğinde uykusuzluk %66.9 oran ile psikolojik semptomlar ile baş sırada yer almaktadır (57).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise Sun'nın araştırmasında postmenopozal kadınlarda pittsburg uyku kalitesi indeksinden çıkan puan ortalaması 7.19 ± 2.31 olarak bulunmuştur (56). Pittsburg uyku kalitesi ölçeğine göre toplam puanın 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir. Baker'in çalışmasında da perimenopoz ile premenopoz grubu karşılaştırılmış ve perimenopoz grubunda uyku kalitesinin belirgin olarak az olduğu gözlenmiştir. Perimenopozal grubunu uyku periyodu boyunca daha fazla uyanık kalarak gün içinde daha fazla uyukladıkları görülmüştür (69).

Kuh'un araştırmasında postmenopoz döneminde uyku şikayeti %63, perimenopozda %50, premenopozda ise %40 olarak bulunmuştur (66).

Regestein'in çalışmasında postmenopozal dönemde kadınlarda çoğunlukla total uyku eksikliği (ortalama 44 dakika), insomnia, erken uyanma problemleri olduğu görülmüştür (62). A.Biri'nin çalışmasında postmenopozal dönemde kadınların %45.2'sinin uykusuzluk çektiği bulunmuştur (59). Kravitz'in orta yaşlı kadınlarda uyku sıkıntıları başlıklı çalışmasında %38'inde uyuma zorluğu olduğu tespit edilmiş yaş ilerledikçe de uykusuzluk sorunu artmaktadır (70). Ülkemizde menopozda uyku kalitesini değerlendiren çalışma sayısı çok kısıtlıdır. Genel olarak menopozal yakınmalar içerisinde uyku problemleri değerlendirilmiştir. Bulgularımız literatür ile benzerdir. Menopozal dönemde yapılan çalışmaların çoğu gösteriyor ki

menopoz uykusu kalitesini ve uykusu sürecini etkilemektedir. Menopoz döneminde uykusu kesintilerinin tanmlanm  nedeni olduğu düşünülmektedir. Bunlar sıcak basması, mood bozuklukları ve uykuda bozulan nefes alma düzenidir. Sıcak basmaları ve mood bozukluklarının uykuya etkisi tam olarak netlik kazanmamıştır. Menopoz uykusuzluğunda mood bozukluklarının başında gelen depresyon ve anksiyete uykusuzluğu kendi balarına etkileyebildiği gibi kadınların bu ya dönemlerinde yaşadığı farklı yaşam deneyimleri de (e kaybı, ocuklarının evden ayrılması, emekli olma vb.) kadınların psikolojilerini etkileyerek uykusuzluğa neden olabilmektedir (25).

Araştırma Grubunun Uykusu Apne Semptomlarının Bulunma Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların uykusu apne sendromu belirtilerini gösterme durumuna göre %57.6 'sında uykusu apne tanısına götüren belirtiler bulunmazken %42.4'nde vardır.

Obstrüktif uykusu apne sendromu (OUAS); uykusu sırasında üst hava yolunun sürekli olarak tekrarlayan tkanmaları ile seyreden, erişkin popülasyonda; kadında %2 ve erkekte %4 oranlarında görülen bir tablodur (71). Türkiye'de ise Köktürk tarafından yapılan bir araştırmada OUAS prevalansı %0.9-1.9 olarak bulunmuştur (72).

Obstrüktif uykusu apne nüfusun yaklaşık %1'ni etkilemekte olup uykusu bozuklukları ve gün boyu uykusu halinin majör bir nedeni olarak tanınmaktadır (73).

Dancey. tarafından uykusu apne Şiddeti ve prevelansına menopozun etkisi başlıklı çalışmasında kadınların %47'sinde uykusu apne prevelansı görülmüştür (74).

Obstrüktif uykusu apnesi sendromu (OUAS) olan olgularda tüm çalışmalarda toplumlara, yaa, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Bu oran, ileri ya erkek popülasyonda daha da artmaktadır. OUAS'da sistemik hipertansiyon, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, sabah ba ağrısı, bilişsel bozukluk, anksiyete ve depresyon, Noktüri, trafik ve i kazaları, yaşam kalitesinde azalma, mortalite gibi sonuçlar ile karşı karşıya kalınmaktadır (73).

Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Araştırmamızdaki kadınların sosyal güvenceleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında uyku kalitesinin iyi yada kötü olmasıyla kadınların sosyal güvencelerinin bulunma durumu aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.525$).

Uran'ın yaşlılarda uyku kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmasında Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksine göre uyku kalitesinin iyi yada kötü olması açısından sosyal güvence durumları incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (19).

Çalışmamızda uyku kalitesi ile sosyal güvence arasında ilişki çıkmamasının nedeni uyku problemi çeken kadınların bu durumu hastaneye başvurma nedeni olarak görmedikleri için bir sağlık kuruluşuna başvurma ihtiyacı da duymadıkları ve bu nedenle sosyal güvencesinin olup olmasının önem teşkil etmediği düşünülmektedir

Araştırma Grubunun Gelir Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Yaptığımız bu çalışmada gelir durumuna göre uyku kalitesine bakıldığında gelir durumunun iyi yada kötü olması uyku kalitesini etkilememektedir ($P=0.926$). Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. Ancak asgari ücret üstü gelire sahip kadınların %74.0'nın uyku kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur.

Araştırma Grubunun Sistemik Hastalık Bulunma ve İlaç Kullanma Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların sistemik hastalığının olma durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P=0.090$). Mevcut sistemik hastalığında ilaç kullanma durumu ile uyku kalitesi arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P=0.100$).

Uran'ın yaşlılarda uyku kalitesi ile ilgili çalışmasında da uyku kalitesinin iyi yada kötü olması açısından kronik hastalığı olanlar ile olmayanlara bakıldığında

aralarında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir (19).

Görgülü'nün kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KAOH) olanlarda uyku kalitesini araştıran çalışmasında KOAH dışında kronik hastalığının olması uyku kalitesini bozmuştur aralarında anlamlı bir ilişki çıkmıştır (65).

Kronik hastalıkların büyük bir kısmı kadınlar menopoza girmeden önce saptandığı ve tedavisine başlandığı için kadınların çoğu hastalıklarına ve tedaviye uyum sağladıkları için uyku kalitelerini etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Yaptığımız çalışmada medeni durumun uyku kalitesine etkisine bakıldığında evli olan kadınların uyku kalitesinin %76.9 oranında kötü, dul ve bekar olan kadınlarda ise %62.5 oranında kötü olduğu görülmüş fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (P= 0.29).

Öztürk'ün araştırmasında dul olan kadınların %62.8'inde uyku problemlerinin olduğu görülmüştür. Bu durum kadınlarda boşanmaya yada eşin kaybedilmesine bağlı yüksek düzeyde anksiyete yaşamalarının yanında ekonomik ve sosyal belirsizliklerin olmasına bağlanmaktadır (67).

Görgülü'nün çalışmasında uyku kalitesi ortalama puanlarına bakıldığında dul olan hastaların uyku kalitesi ortalaması evli olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat medeni durum ile uyku kalitesi ortalama puanları arasında fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (65).

Araştırmamızda çıkan sonuçlar Öztürk'ün çalışma sonuçları ile farklılık gösterirken Görgülünün çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda medeni durumun uyku kalitesini etkilememe nedeni olarak kadının dul yada bekar olması yalnız kalmasına neden olmamaktadır. Afyon ilinde genel olarak ileri yaşa yaklaşmış kadınlar evli yada dulda olsa çocukları ile aynı evi paylaşmaktadır. Buda kadının tek başına kalarak anksiyeteye girmesine ve ekonomik sıkıntı yaşamasına engel olduğu düşünülmektedir.

Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Araştırmamızda eğitim durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyinin yükselmesi uyku kalitesini etkilememektedir ($p=0.665$).

Görgülünün çalışmasında ise eğitim durumuna göre uyku kalitesine bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça uyku kalitesi daha iyiye gitmektedir (65).

Öztürk'ün araştırmasında eğitim durumu ile uyku problemi varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi düştükçe kadınlarda uyku kalitesi de bozulmaktadır (67).

Uran'nın çalışmasında da uyku kalitesinin iyi yada kötü olması açısından grubun eğitim durumu ile istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu bulunmuştur (19).

Araştırma sonuçlarımız literatür kaynakları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeninde bölgede genel olarak ekonomik gücü iyi olan ailelerin oturmasından ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda, olmayanlarda uyku düzensizliklerini sağlık problemi olarak görmediklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma Grubunun Çalışma Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Araştırma grubunda uyku kalitesi ile çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunmamıştır ($P=0.245$).

Kabukçunun çalışmasında ev hanımı olan kadınların %60.3 uykusuzluk problemi çekerken, çalışanların %39.7'si uykusuzluk problemi ile karşılaşmaktadır. Aralarında anlamlı bir ilişki görülmüştür (58).

Görgülü'nün araştırmasında uyku kalitesi en kötü olanlar ev hanımlarıdır (8.16 ± 0.92), uyku kalitesi en iyi olanlar ise serbest çalışanlar (2.00 ± 1.00) olarak saptanmıştır. Ancak aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (70).

Uran'nın araştırmasında çalışma durumu ile uyku kalitesi arasında ilişki olduğu görülmüştür (19).

Araştırma sonucumuz Görgülünün sonucu ile benzerlik gösterirken, Uran ve Kabukçu ile benzerlik göstermemektedir. Araştırmamızda çalışma durumunun uyku kalitesinin etkilememe nedeni olarak ekonomik sıkıntı yaşayan kadın sayının az olmasından ve ev hanımı olan kadınların çalışmasalar bile sosyal ortamlarda bulunma ev dışında da zaman geçirme imkanlarının olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma Grubunun Menopoza Girme Şekline Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Araştırma grubunda doğal yada cerrahi yolla menopoza girme ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kuh tarafından yapılan çalışmada cerrahi yolla menopoza girenlerde uyku şikayetleri %64'dür. Doğal yolla menopoza girenlerde premenopoz döneminde uyku şikayeti %40, perimenopozda %50, postmenopozal dönemde ise %63'dür Cerrahi menopozda daha fazla uyku şikayeti olduğu görülmektedir (66).

Karlidere'nin çalışmasında cerrahi menopoza girenlerde uyku problemi %36.4'iken cerrahi menopozda ise %34.7'dir. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır (53).

Yaptığımız çalışma sonuçları diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Araştırma Grubunun Menopoz Tedavisi Alma ve Tedaviye Devam Etme Durumuna Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Menopoz nedeni ile bir sağlık kurumuna başvurarak menopoz tedavisi almaya başlayan kadınlarda uyku kalitesine bakıldığında, uyku kalitesi iyi olanların %21.9'u tedavi almış, %28.6'sı tedavi almamıştır. Bu kadınların %31.7'si tedaviye devam ederken %25.1'i ise tedaviyi bırakmıştır. Menopoz tedavisi alma ve tedaviye devamlılık durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (P=0.234).

Karlıdere'nin çalışmasında örneklemin %45.5' HT almaktadır. HT alanlarda almayanlara göre uyku şikayetlerinde fazla bir değişme gözlenmemiştir aralarındaki ilişki anlamlı çıkmamıştır (53).

Kabukçunun çalışmasında HT alanlar %35.7, almayanlar ise %64.3'dür. HT alanlarda uyku şikayetleri %29.3 iken HT almayanlarda %70.7'dir. HT alma durumu ile uyku şikayetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (58).

Yılmaz'ın çalışmasında kadınların %55.4'ü HT alırken, %44.4'ü HT almamaktadır (64).

Araştırma sonuçları Karlıderenin sonucu ile benzerlik gösterirken Kabukçunun araştırma sonuçları ile farklı çıkmıştır.

Menopoz Yakınma Alt Gruplarının Puan Ortalamaları Dağılımları

Kadınlarda menopoz yakınma türlerine göre aldıkları puanlarda Psikosomatik yakınma puan ortalaması 15.93 ± 0.44 ile kadınların en fazla yakındıkları grubu oluşturmaktadır. Daha sonra psikolojik ve üçüncü sırada somatik yakınmalar gelmektedir.

Tatlıcan'ın yaptığı çalışmada psikolojik yakınmalar 17.33 puan ile birinci sırada yer almaktadır. İkinci sırada psikosomatik, en sonda somatik yakınmalar gelmektedir (75).

Temiz'in kentsel ve kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda menopoza ilişkin belirtileri daha ayrıntılı olarak incelemek amacıyla yapılan çalışmasında psikolojik yakınmalar birinci sırada, ikinci sırada somatik, üçüncü sırada ise psikosomatik yakınmalar çıkmıştır (50).

Doğan'nın yaptığı çalışmada en fazla somatik şikayetlerin içinde yer alan sıcak basmasının %75-85 oranında görülmektedir (63).

Karlıdere'nin çalışmasında psikosomatik şikayetlerden olan huzursuzluk ve sıkıntı hissi % 95.7, yorgunluk hissi %94.7, vazomotor şikayetler içinde yer alan sıcak basması % 93.3 oranında görülmektedir (53).

Özdemir'in çalışmasında vazomotor semptomlar görülme oranı hafif düzeydedir. Genitoüriner şikayetler %7.1 ile %47.5 oranında değişmektedir. En sık

görülen şikayetlerde %42.2 ile %66.9 oranında değişen psikolojik semptomlar olarak bulunmuştur (57).

Kuh tarafından yapılan çalışmada da vazomotor semptomlar menopozun her evresinde güçlü olarak bulunmaktadır (66). Postmenopozlu kadınların %60'ında sıcak basması görülmektedir. Çoğunlukla can sıkıcı olan sağlık bulguları arasında eklemelerde ağrı ve sızı, depresyon, irritabilite, uykusuzluk, unutkanlık, ağlamaklı olmaktadır. Bunlar 10 kadından birinin yaşamını etkilemektedir.

Biri'nin çalışmasında vazomotor semptomlardan %46.1 ile sıcak basması, genitoürüiner şikayetlerde %73.4 ile noktürü, psikolojik semptomlarda %63.5 ile dikkatsizlik, somatik semptomlarda % 60.8 ile kas ağrısı en fazla görülen şikayetler arasındadır (59).

Literatür bilgileri genel olarak çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Araştırma Grubunun Menopoz Yakınma Türlerine Göre Uyku Kalitesi Dağılımı

Araştırmamızda menopoz yakınmaları ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p=0.001$). Menopoz yakınmaları alt gruplarından alınan puan arttıkça uyku kalitesi bozulmaktadır. Uyku kalitesini en çok bozanda menopoz yakınma türlerinden en yüksek puan alınan psikosomatik yakınmalardır.

Kadınların fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ile yüklü olan menopoz döneminde uykusuzluk problemi giderek artmaktadır. Peri ve postmenopozal dönemde uyku şikayetlerinin tanımlanmış üç nedeni olduğu düşünülmektedir. Bunlar sıcak basması, mood bozuklukları ve uykuda bozulan nefes alma düzenidir. Sıcak basmasının ve mood'un menopoz uykusuzluğundaki rolü ile ilgili birçok çalışma vardır fakat tam olarak etkisi kanıtlanmış değildir (25).

Özdemir'in çalışmasında psikolojik semptomlar arasında % 66.9 ile en başta gelen yakınmadır (57). Uyku şikayetleri genellikle ileri yaşlarda ve özellikle kadınlar menopoza girdikten sonra artmaktadır. Menopoz döneminde düzensiz salgılanan östrojen hormonun uykuyu etkilediği düşünülmektedir. Kantola tarafından yapılan araştırmada klimakterik vazomotor semptomların daha yoğun yaşandığı kadınlarda uyku şikayetlerinin de arttığı görülmüştür (76). Uyku kalitesinin bozulmasında % 32

ile vazomotor semptomların, % 4'de duygu durum değişimlerine bağlı olduğu bulunmuştur. Somatik ve mental menopoza yakınmalarında uyku şikayetleri kadınlarda daha yaygındır (75).

Yirmili yaş ve gençlerde uykusuzluk oranı düşükken 45-49 yaşları arasında kadınların %23.6'sında erkeklerin %14.4'ünde uyku bozukluğu bildirilmiştir. Kravitz tarafından yapılan araştırmada vazomotor semptomlar ile psikolojik semptomların uyku bozukluğuna neden olduğu saptanmış aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (70).

Sun tarafından sabah /akşam menopoza formülü ile menopoza semptomları ve uyku kalitesini içeren çalışmasında postmenopozal dönemdeki kadınların GCS (The Greene Climacteric Scale) isimli menopoza yakınmalarını ölçen anketi ile vazomotor, psikolojik, somatik, anksiyete ve depresyon başlıkları altında yakınmaları değerlendirilmiştir. En şiddetli olanın 3.90 ± 5.05 psikolojik yakınmalar olduğu görülmüştür. Arkasından da 2.86 ± 1.48 ile vazomotor semptomlar gelmektedir. Bu ve diğer yakınmalar kadınlarda uyku kalitesini bozulmasına neden olmuştur. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeğine göre uyku kalitesi ortalama puanı 7.19 ± 2.31 olarak bulunmuştur (56).

Baker'in çalışmasında vazomotor semptomların başında gelen sıcak basmasının kadınların %75'inde görüldüğü ve bu şikayetin büyük oranda uyku bölünmelerine neden olduğu saptanmıştır (69).

Regestein araştırmalarına göre de menopoza döneminde görülen yakınmalar ile uyku şikayetleri arasında ilişki bulunmamıştır (62).

Araştırma sonuçlarımız genel olarak diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Fakat ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan yeterli çalışma bulunmadığından sonuçlar yurtdışı araştırma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Kadınların menopoza döneminde ortaya çıkan yakınmalara bağlı olarak uyku kaliteleri de etkilenmektedir. Bu çalışmada ki kadınların psikosomatik yakınmadan aldıkları puanlar daha yüksektir. Kadınların psikosomatik yakınmaları içinde de erken uyanma, uykunun bölünmesi, kol ve bacak eklemlerinde ağrı, yorgunluk hissi, sabahları yataktan kalkmada zorluk şikayetleri olduğu görülmektedir.

Araştırma Grubunun Menopoz Yakınmaları Alt Gruplarının Depresyon Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalaması 10.18 ± 7.12 'dir. Kadınların %17.4'ü depresyondadır.

Bütün kadınlar depresyon açısından risk altındadır. Depresyonun kadında daha sık görülmesinin nedenleri daha çok sosyokültürel faktörlerle ilgilidir. Sosyalleşme süreci içinde kadına ve erkeğe yüklenen roller, beklentiler, sunulan doyum yolları çare arama davranışları erkeğe daha fazla özgürlük tanırken kadını bir çok yönden sınırlamaktadır İzmir'de Çiğli ilçesine bağlı Balatçık Mahallesi sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada 15-49 yaşları arasında kadınların %25.8'inde depresyon bulunmuştur (49).

Beck Depresyon Envanteri kullanılarak menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon sıklığı izlenmiştir. Araştırmanın örneklemi Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına Başvuran 45-50 yaş gurubu ve 50 yaş üstündeki kadınlar oluşturmaktadır. Menopoz öncesi dönemdeki kadınların depresyon puanları menopoz sonrası kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (26).

Aydemir'in çalışmasında depresyon puan ortalaması 9.32 ± 4.86 bulunmuştur. Depresyon düzeyinin kesme noktasının altında olduğu saptanmıştır (54).

Yazıcının menopozda hormon yerine koyma sağaltımının anksiyete ve depresyon belirtilerine etkisini araştırarak çalışmasında östrojen kullanan kadınların depresyon puan ortalaması 13.6 ± 8.4 olarak bulunmuştur (77).

Celal Bayar üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran kadınlarda yapılan çalışmada depresyon puan ortalaması 12.6 ± 6.7 olarak görülmüştür. Menopozun kadınların ruhsal durumları üzerine etki yapmadığı ve aralarında ilişki olmadığı sonucu çıkmıştır (54).

Yiğit tarafından yapılan doğal ve cerrahi menopozda psikiyatrik bozukluklar adlı çalışmasında SCID'e (DSM IV Eksen Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzu) göre kadınların %21.7'sine depresyon tanısı konulmuştur (61).

Karlidere'nin çalışmasında depresyon skorları doğal menopoz grubunda cerrahi menopoz grubuna göre yüksek çıkmıştır. Menopoz semptomlarının sıklığının artması depresyon puanını da yükseltmektedir. Bu bulgular menopozal semptomların

sıklığında artışın menopozal kadının genel iyilik halini olumsuz etkilediğini, kaygısını artırarak mevcut durumu ile baş etmede yetersiz kalmasına neden olduğu ve depresif semptomları ortaya çıkarmaktadır (53). Karlıdere'nin araştırma verileri özet olarak menopoz döneminde ortaya çıkan durumun klinik anlamda bir bozukluk yada özgün bir tablo yerine ruhsal semptomların eşlik ettiği biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutu olan yaşam dönemini işaret etmektedir (53).

Tatlı'nın çalışmasında 45-60 yaş grubunda kadınların menopoz yakınmaları ile depresyon durumları incelendiğinde menopoz yakınmalarından psikolojik yakınmalar birinci sırada psikosomatikler ikinci, somatik yakınmalar üçüncü sırada gelmektedir. Kadınlarda belirti tarama listesinden elde edilen puanlar ile Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen puanlar arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yani kadınların depresyon düzeyleri yükseldikçe belirtilerde yükselmekte, depresyon düzeyleri düştükçe belirtilerde düşmektedir (75).

Kuh'un çalışmasında kadınların %16.8'inde depresyon görülmüştür ve sıcak basması gibi menopoz dönemine ait yakınmaların depresyondaki kadınlarda daha şiddetli yaşandığını ortaya koymuştur (66).

Araştırma sonuçları diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Menopoz döneminde hormonal değişiklikler veya bu döneme özgü psikososyal sorunların ruhsal belirtilerde artışa yol açabileceği ileri sürülmüştür. Özellikle menopoz depresyon ilişkisi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Menopoz dönemine özgü biyolojik ve psikososyal değişikliklerin bu dönemde ortaya çıkan depresyonun etiolojisindeki yeri günümüzde tartışmalıdır (77).

Kadınların menopoz yakınmaları şiddeti ve depresyonu algılamaları çalışma durumları, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma ve çocukların evden ayrılması, eş kayıpları, HT alma durumları gibi durumlar etkilemektedir (26).

Conboy'un çalışmasında da menopoz semptomları ile anksiyete arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Menopoz semptomlarını yoğun yaşayan kadınların anksiyete düzeylerinin de arttığı görülmüştür (78).

Araştırma Grubunun Depresyon Durumu İle Uyku Kalitesi Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların depresyon durumları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında, depresyonda olan kadınların %91.3'ünde uyku kalitesi kötüdür. Depresyonda olmayanlarda ise %70.2'sinde uyku kalitesi kötüdür. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (0.001).

Depresyonda özellikle uykuya dalmada gecikme, sık uyanma, sabah erken uyanma, göz hareketlerinin yoğunluğunun artması gibi bulgular ile karşılaşılmaktadır. Depresyonda uyku ile ilgili problemler ortaya çıkarken bazen de kronikleşen uyku bozuklukları depresyon tablosunun oluşmasında katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir (23).

Sun'nın yaptığı çalışmada kadınlarda depresyon %56 olarak bulunurken Pittsburgh uyku kalitesinden alınan ortalama puanda 7.19 ± 2.31 bulunarak genel olarak kadınların uyku kalitesi kötü çıkmıştır (56).

Kantola'nın araştırmasında da klimakterik uyku bozukluklarının oluşmasında klimakterik mental semptomların etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Klimakterik mental semptomlar arasında da depresyon, anksiyete, mental problemler yer almaktadır. Uyku kalitesini %4 oranda bu klimakterik mental semptomlarından kötü etkilediği bulunmuştur (76).

Baker'ın araştırmasında da uykuya dalma ve uyanıklık süresinin artması ile deprese mizaç ile ilişkili bulunurken, depresyon skorları ile uyku bölünmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (69).

Çalışma sonuçlarımız diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Menopoz döneminde uyku kalitesi azalmaktadır. Ancak bunun nedeni tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Menopoz dönemine özgü yakınmalar, bu dönemde gelişen yaşam stresleri (eş akraba kaybı, işten ayrılma, çocukların evden ayrılması vb.) ve bunlarla birlikte görülen depresyon her biri uyku kalitesinin olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu çalışmada da kadınların menopoz yakınmaları ve depresyon uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir.

6.SONUÇLAR

Araştırmamızda Afyon ili örneğinde, Menopoz yaş grubundaki Türk kadınlarında uyku kalitesi durumunu saptamayı ve menopoz kadınında uyku kalitesi bozukluğuna yol açan etkenlerin belirlenmesi amacıyla planlanan bu çalışmada 264 menopozdaki kadın çalışmaya katılmış olup, elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

1. Araştırma grubunun sosyo-demografik veri dağılımlarına bakıldığında; doğal menopoza girme yaşı 46.70 ± 4.44 , cerrahi menopoza girme yaşı 42.01 ± 5.44 'dir. Kadınların %89.0'nın sosyal güvencesinin olduğu, bunlarında %63.2'si emekli sandığı ve bağıkurlu idi. Kadınların %78.8'i evli, %58.0' ilk ve ortaokul mezunu, %67.4' ü asgari ücret üstü para kazanmakta ve %94.3'ünün çalışmadığı görülmüştür
2. Kadınların mevcut sistemik hastalıklarının dağılımlarında ise %69.3'ünde bir yada birden fazla sistemik hastalık vardır. Sistemik hastalıklardan hipertansiyonun %33.7'ile en fazla, guatr'ın %7.7 ile en az oranda olduğu saptanmıştır
3. Araştırma grubunun menopoz durumları ile ilgili dağılımlarında ise; %77.3'ü doğal yolla menopoza girmiş ve %44.7'si menopoz nedeni ile bir hastaneye başvurmuştur. Bu kadınların %63.6 sı doktorun önerdiği bir tedaviye başlamış, ancak %84.5' bir süre sonra tedaviyi bırakmıştır.
4. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinden alınan toplam puan ortalaması 7.37 ± 3.58 olarak bulunmuştur ve bu sonuçlara göre kadınların %73.9'unda kötü kalitede bir uyku, %26.1'inde iyi kalite uyku saptanmıştır.
5. Araştırmaya katılan kadınların uyku apne sendromu belirtilerini gösterme durumuna göre %57.6 'sında uyku apne tanısına götüren belirtiler bulunmazken %42.4'ünde vardır
6. Araştırmada; sosyal güvence durumu, gelir durumu, sistemik hastalığının olma durumu, sistemik hastalığına bağılı ilaç kullanma, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, menopoza girme şekli, menopoz tedavisi

alma ve devam etme durumu gibi değişkenler ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmamıştır.

7. Çalışmada menopoz yakınmaları alt grupları ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Psikosomatik yakınmaların uyku kalitesini birinci sırada kötü etkilediği görülürken, ikinci sırada psikolojik yakınmalar daha sonrada somatik yakınmalar gelmektedir.
8. Kadınların ortalama depresyon puanları 10.18 ± 7.12 'dir. Kadınların depresyonda olma durumları ise %82.6'sı depresyonda değilken, %17.4'nün ise depresyonda olduğu bulunmuştur
9. Kadınların menopoz yakınma alt grupları ile depresyon durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Somatik, psikosomatik ve psikolojik yakınmalardan alınan puan artıkça depresyon puanı da artmaktadır. Depresyon puanını en çok artıran ise menopoz yakınmaların alt gruplarından olan psikolojik yakınmalardır.
10. Depresyon durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır($p=0.001$). Depresyonda olanların %91.3'nün uyku kalitesi de kötüyken, %8.7'inde uyku kalitesi iyidir.
11. Depresyon puanı ile uyku kalitesi arasında orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır. Uyku kalitesi toplam puanı ile psikosomatik, psikolojik ve somatik puanlar arasında orta derecede pozitif korelasyon bulunmuştur

7. ÖNERİLER

1. Kadın yaşamının 1/3'lük kısmını menopoza döneminde geçirmesi ve yaşlı nüfusun gitgide artması nedeniyle sağlık ekibi tarafından bu döneme yeterli önem verilmelidir.
2. Kadınlar menopoza yakınmalarını, depresyonda olmayı ve uyku ile ilgili sorunları önemli bir sağlık problemi olarak görmemekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu konuda kadınlar bilgilendirilmelidir.
3. Menopoza döneminde kadınlara sağlıklı ve kapsamlı bilgi veren, onların sorularını cevaplandıran bu konuda eğitilmiş hemşireleri olmalıdır.
4. Menopozun getirdiği problemler I. Basamak sağlık hizmetleri veren sağlık ocağındaki hemşireleri de ilgilendirmektedir. Sağlık ocaklarında bebek izlemi, gebe izleminin yanına menopoza dönemi kadın izlemi de eklenmelidir. Bu izlemler yapıldığında menopozun getirdiği sorunlardan kadın en az etkilenirken osteoporoz, kardiyovasküler sistem hastalıkları, uyku problemleri, kanser gibi durumlarında erken tanısı sağlanarak kadınların yaşam kalitesi artırılabilecektir.
5. Menopoza dönemi kadınlara verilen hizmetin poliklinik hizmeti içinde medikal yaklaşımlar ile sürdürülmemeli, multidisipliner sağlık yaklaşımı uygulanmalıdır.
6. Mümkün olduğu sürece kadınların eşleri ile birlikte danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.
7. Kitle iletişim araçlarına menopozal döneme ilişkin aydınlatıcı bilgiler daha fazla yer verilmelidir.
8. Menopoza döneminde depresyonda olan kadın sayısı da azımsanmayacak kadardır. Depresyon sadece menopoza girme ile ilişkili değildir. Ancak menopoz ile birlikte bu dönemde kadınlar farklı yaşam stresleri ile de karşı karşıya kalmaktadır (eş ve yakınlarının kaybı, emeklilik ile birlikte iş kaybı, çocukların evden ayrılması vb.). Bu nedenle kadınlara zaman geçirebilecekleri meşguliyetler ile uğraşmaları konusunda desteklenmelidir (sosyal dernek, el işleri vb.)
9. Bu çalışmanın vaka sayısı hedeflenen düzeye ulaşamamıştır. Bu nedenle daha fazla örneklem ile sosyo ekonomik düzeyi düşük olanlarda yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Işık G., Vural G. (2001) Menopoz Polikliniğine Başvuran Ve Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınların Tedavilerine İlişkin Bilgi Ve Görüşleri. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* Cilt:1, Sayı:1, 39-48
2. Speroff L. (1994). Klimakterium ve Menopoz In: Erk A. Klinik Jinekoloji Endokrinoloji ve İnfertilite. William Wilkinson Nobel Kitabevi, İstanbul, 635-647
3. Bayraktar R., Uçanok Z. (1999) Orta Yaş Gelişimi Çerçevesinde Menopozun Değerlendirilmesi. In: Ülgen H., Okyavuz H. Sağlık Psikolojine Giriş. Türk Psikolog Derneği Yayınları Ankara, 189-197
4. Özcebe H., Üstünöz A. (2001) Menopoz Ve Postmenopozal Dönemde Kadın Sağlığı. *Aktüel Tıp Dergisi* Cilt:6 Sayı:1 ,60-67
5. Genç Hekimler (1990) Menopoz ve Klimakterium. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları, 5.Baskı
6. Ürer M. (1999) Menopoz. Kadın Hastalıkları Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Palmiye Yayınevi Ankara, 291-315
7. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
8. What is the menopause <http://www.who.int/hrp/progress/40/02.html>
9. Alparslan N, Ağrıdağ G. (1995) Adana Karataş Merkezde Menopoza Giriş Yaşı Tespiti. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi* Yıl:5, Sayı:4 , 19-23
10. Yıldırım U. Maral I. (1999) Ankara Gölbaşı Bölgesinde Menopozdaki Kadınların Menopoz Dönemi ile İlişkili Olan Yakınmaları. *Sağlık Ve Toplum Dergisi* Yıl:9, Sayı:2
11. Arslan K. (1997) Klimakterium ve Menopoz. Kadın Doğum Kitabı Nobel Kitabevi 2. Baskı, İstanbul, 175-183
12. Hurd W. (1999) Menopoz. In: Erk A. Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri 12. baskı İstanbul, 981-998
13. Hotun N. (2000) Kadınların Menopoza Yaklaşımları ve Etkileyen Faktörler *Hemşirelik Bülteni* Cilt:12, Sayı:46,
14. Şirin A. (1995) Kadın ve Menopoz. Ege Üniversitesi Basımevi Bornova-İzmir, 29-39

- 15.** Güler K.(1994) Menepoz Ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Hemşirelik Bülteni* Sayı:8, 14-19
- 16.** Biri A., Bakar Ç., Maral I., ve ark. (2004) 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgileri, Menopozla İlgili Yakınmaları Ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanma Durumları. *Jinekoloji-Obstetrik* Cilt:14, Sayı: 2, 68-72
- 17.** Birol L., Akdemir N., Bedük T. (1991) İç Hastalıkları Kitabı Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, 2-3
- 18.** Vural H., Doğan Ş., Şalk S. Ve ark. (1998) Uyku ve Dinlenme Gereksinimi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Ders Notları Gata Basımevi Ankara, 296-314
- 19.** Uran G. (2001) Kırsal Kesimde Evde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi İle Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi) Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- 20.** Aydın H., Karacan A. (1998) Uyku ve Psikofizyolojik Süreçler. Güleç C., Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Hekimler Yayınbirliği, Ankara, 673-693
- 21.** Abdulkadiroğlu Z., Bayranoğlu F., İlhan N. (1997) Uyku ve Uyku Bozuklukları *Genel Tıp Dergisi* 7(3):161- 166
- 22.** Arkonaç S. (1998) Uyku ve Rüyalarda Psikoloji Zihin Süreçleri Bilimi Alfa Basım Ankara, 113-121
- 23.** Köroğlu E., Yüksel N., Çifter İ. (2000) Depresyonda Görülen Uyku Bozuklukları Üzerine Bir Derleme. *Psikiyatri Bülteni* 1(1): 18-20
- 24.** Öztürk O. (2001) Uyku Bozuklukları. Ruh Sağlığı Bozuklukları 8. Baskı Nobel Kitabevi Ankara, 479-485
- 25.** Moline M., Broch L., Zak R. Et al (2003) Sleep in Women Across the Life Cycle From Adulthood Through Menopause. *Sleep Medicine Reviews* Vol:7, No:2, pp:155-177
- 26.** Bayraktar R., Uçanok Z. (2002) Menopoza İlişkin Yaklaşımların Ve Kültürler arası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Aile Ve Toplum Dergisi* Cilt: 2 Sayı:5, 65-69
- 27.** Saletu B., Anderer P., Gruber D., et al.(2002) Hormon Replasman Tedavisi ve Uyanıklık Menopozal Sendromlu Hastalarda, Tek Başına Estrogene Karşı bir Estrogen-Progestogen Kombinasyonu. *Maturitas* 43, pp:165-181

- 28.** Ertüngenalp E, Seyisoğlu H. (2000) Menopoz ve Osteoporoz Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği İstanbul
- 29.** Taşkın L (1997) Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık Ankara,440-441
- 30.** Kelly A. Östrojen Eksikliği ve Menopoz Columbia Üniversitesi Doktorlar ve Cerrahlar Kolejinin Desteği ile Sunulan Öz Değerlendirme Çalışması Sertifika Programı Ünite: 1 Dowden Publishing Company/Mantuale New Jersey A.B.D.
- 31.** Gordon H., David F., Donald L., (1993) Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal of Medicine*, 622-629
- 32.** Şener B. (1992) Menopozla Genel Bir Bakış. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* Cilt:1 Sayı:12, 402-404
- 33.** Kocatepe K. <http://www.menopoz.net/ruhsal.html> Menopoz Döneminde Ruhsal Değişiklikler
- 34.** Bayık A. ,Özsoy S. (1992) Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınlarda Menopozun Epidemiyolojik İncelenmesi ve Menopozla İlgili Sorunların Saptanması. *Ege Üniversitesi H.Y.O Dergisi* , Cilt: 6, Sayı:8, 43-48
- 35.** Reeder M., Koniak G. (1997) Menopause. Maternity Nursing Lippincott Philadelphia Newyork, 176-187
- 36.** Ertüngenalp E, Seyisoğlu H. (1995) Klimakterium ve Hormon Replasman Tedavisi. *Aktüel Tıp Dergisi* Cilt:1, Sayı:5, 26-32
- 37.** Demir Ü., Ertem G. (2001) Menopoz ve Cinsellik. *Hemşirelik Formu* Cilt:4, Sayı:6, 11-14
- 38.** Yurtsever S. (1996) Osteoporoz ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Cilt:3, Sayı:1, 23-27
- 39.** Birol L. (2000) Hemşirelik süreci Kitabı 4. Baskı Bozkaya Matbaacılık İzmir, 24-26
- 40.** Güler K. (1994) Menopoz ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni* sayı:7, 14-19
- 41.** Şirin A.(1995) Menopoz Ve Getirdiği Sorunlar Ege Üniversitesi HYO. Dergisi Cilt:11, Sayı:2, 123-135
- 42.** <http://www.tsr.org.tr/2003bilmek.htm> Uyku İle İlgili Genel Bilgiler.

- 43.** Kayalı M. (2001) Uyku ve Uyku Bozuklukları. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı 2.Baskı Ankara, 360-380
- 44.** Ardıç S.(2004) Uyku Hastalıkları [http://www. med.gazi.edu.tr](http://www.med.gazi.edu.tr).
- 45.** Alogan Y. (1999) Uyku ve Rüyalara. Atkinson R., Atkinson R., Smith E. (Eds) Psikolojiye Giriş Arkadaş Yayınları Ankara, 196-200
- 46.** Dündar A., Gerek M.(1998) Uyku Apnesi Fizyopatolojisi ve Tanı Yöntemleri. *Sendrom Haziran*, 12-25
- 47.** Köktürk O. (2000) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* Sayı: 48 Cilt No:3, 273-289
- 48.** Blackburn I. Çeviri Şahin N.H., Rugancı R.N. Depresyon ve Başa çıkma Yolları Remzi Kitabevi 1996 İstanbul, 56-59
- 49.** Kayahan B., Altıntoprak E., Karabilgin S., ve ark. (2003) Onbeş- Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* Sayı:4, 208-219
- 50.** Temiz N. (1999) Menopoza İlişkin Belirti Tarama Listesi'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Ankara.
- 51.** Hisli N. (1988) Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi* Cilt:6, 118-126
- 52.** Ağargün Y., Kara H., Anlar Ö. (1996) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* Sayı:7, No:2, 107-115
- 53.** Karlıdere T. (1999) Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri, Sosyal Destek Ve Cinsel Doyum İle İlişkisinin İncelenmesi, (Uzmanlık Tezi), Genle Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi,Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı , Ankara
- 54.** Aydemir Ö., Yağcı E., Gülseren L., ve ark. (1999) Menopoz Döneminde Anksiyete ve Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* Cilt:10, Sayı: 4, 268-274
- 55.** Danacı Esen A., Oruç S., Adıgüzel H., ve ark.(2000) Menopoz Döneminde Cinsel, Psikolojik ve Hormonal Değişkenlerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* Cilt:11 Sayı: 4, 293-299

- 56.** Sun J. (2003) Morning/Evening Menopausal Formula Relieves Menopausal Symptoms: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementray Medicine*. vol.9 (3), pp.403-409
- 57.** Özdemir O. (2001)Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 50-65 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz Ve İlişkili Özellikler. (Uzmanlık Tezi), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara
- 58.** Kabukçu N. (2000) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Menopoz Nedeni ile Başvuran Kadınların Sağlık Sorunlarının ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi.(Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana
- 59.** Biri A, Bakar C, Maral I, et al.(2005) Women with and without menopause over age of 40 in Turkey: consequences and treatment options. *Maturitas* 50 (3): 167-176
- 60.** Brzyski R., Medrano M., Santos J. Et al.(2001) Quality of Life in Low- Income Menopausal Women Attending Primary Care Clinics. *Fertility and Sterility* Vo:76, No:1, 78-85
- 61.** Yiğit A., Arslan M., Yazıcı G., ve ark. (2003) Doğal ve Cerrahi Menopozda Psikiyatrik Bozukluklar *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* Cilt: 17, 25-29
- 62.** Regestein Q., Friebely J., Shifren J. Et al.(2004) Self- Reported Sleep in Postmenopausal Women. *The North American Menopause Society Volume:11(2)*, pp:198-207
- 63.** Doğan Şahin F., Piyal B. (2004) Menopoz Yakınmaları İle Başvuran Kadınların Özellikleri. *Sağlık Ve Toplum Dergisi* Yıl:14 Sayı: 4, 60-66
- 64.** Yılmaz V., Oral E., Tuştaş E., ve ark. (2003) Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Epidemiyolojik Verilerin Ve HRT Hakkında Yanıtların Belirlenmesi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* Sayı:17, 30-36
- 65.** Görgülü Ü. (2003) KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, (Bilim Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara
- 66.** Kuh D.L., Wadsworth M., Hardy R.(1997) Women's Health in Midlife:the Influence of the Menopause, Social Factors and Health in Earlier Life. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol.104, pp.923-933

- 67.** Öztürk M. (2003) Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana
- 68.** Güler H., Taşkın L., (2001) Histerektomi Ameliyatı Sonrasında Ortaya Çıkan Sorunlarla Baş etmede Planlı Öğretimin Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Cilt: 5, Sayı:2, 9-18
- 69.** Baker A., Sımpson S., Dawson D. (1997) Sleep Disruption and Mood Changes Associated With Menopause *Journal of Psychosomatic Research* Vo:43, No:4, pp:359-369
- 70.** Kravitz H., Ganz P., Bromberger J. et al. (2003) Sleep Difficulty in Women at Midlife: A Community Surver of Sleep and the Menopausal Transition. *The Journal of American Menopause Society* Vol.1(1), pp.19-28
- 71.** Aboussouan L., Golish J., Wood B. (1994) Obstructive Sleep Apnea. *Postgraduate Medicine*, Vol:96, No: 3
- 72.** Göktürk O. (2000) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Sonuçları, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 48(3), 273-289
- 73.** Dursunoğlu N., Dursunoğlu D. (2005) Obstrüktif Uyku Apne Hipopne Sendromunun Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* Cilt: 5, Ss: 41-45
- 74.** Dancey D., Hanly P., Soong C., et al. (2001) Impact of Menopause on the Prevalence and Severity of Sleep Apnea. *Chest* 120/1, 151-155
- 75.** Tatlıcı Hayat H. (2002) Kadınlarda Cinsiyet Rollerini Ve Yaşa Bağlı Olarak Benlik Saygısı, Depresyon Ve Menopoza İlişkin Belirtilerin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara
- 76.** Kantola P., Risto E., Kerttu I., et al. (1999) Climacteric Symptoms and Sleep Quality. *Obstetrics&Gynecology*, vol.94(2), pp.219-224
- 77.** Yazıcı K., Pata Ö., Yazıcı A., ve ark. (2003) *Türk Psikiyatri Dergisi* Cilt:14 Sayı:2, 101-105
- 78.** Conboy L. (2000) Quality Of Life Study: Perimenopause/Menopause <http://www..womens-health.com/research-center>

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ FORMU

Öğretim Görevlisi **Yeşim ÇETİNKAYA ŞEN** tarafından Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dal'ında yürütülen “Menopoz Kadınında Uyku Kalitesini Saptamak ve Uyku Kalitesini Bozan Etkenlerin Belirlenmesi “konulu bir tıbbi bir araştırma yapılmaktadır. Bu araştırmaya katılımcı olarak davet edilmektesiniz. Konu ile ilgili sizden anket formundaki soruların cevaplanması istenecektir.

Eğer bu araştırmaya katılırsanız araştırmacı ile aranızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma boyunca özen ve saygı ile yaklaşılacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçla kullanımı sırasında kişisel bilgiler ihtimamla korunacaktır.

EK.1**KADIN TANILAMA FORMU****Kadının Adı Soyadı:****Telefon No:****Adres:****Anketin Doldurulduğu Tarih:**

1. Sosyal Güvencesi:

- 1) Emekli Sandığı 2) Bağkur 3) SSK 4) Sosyal Güvencesi yok

2. Medeni durumunuz ?

- 1) Bekar 2) Evli 3) Dul 4) Boşanmış

3. Eğitim durumunuz ?

- 1) Okur-yazar değil 2) İlkokul mezunu
3) Orta okul mezunu 4) Lise ve yüksek mezunu

4. Kaç Yaşınızdasınız ?.....

- 1) 50-54 yaş 2) 55-59 yaş 3) 60-64 yaş

5. Mesleğiniz nedir?

- 1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest çalışan 5) Emekli

6. Boy:

7. Kilo:

8. Tansiyon:

9. Sigara içme durumu (paket/yıl):

10. Alkol içme durumu (hafta7gün):.....

11. Menopoza giriş yaşı:

EK.3**BELİRTİ TARAMA LİSTESİ**

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Listede yer alan her soru için ‘hiçbir zaman’, ‘Nadiren’ , ‘Bazen’, ‘Çoğu zaman’, ‘Her zaman’ cevap şıkları yer almaktadır. Sorulardan sonra cevabı düşünürken son zamanlarda ne kadar sıklıkla çıktığını düşününüz.

	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
1) Baş ve yüz bölgesinde sıcaklık					
2) Kol ve bacak eklemlerinde ağrı					
3) Ellerde ve ayaklarda üşüme					
4) Alınganlık					
5) Yorgunluk hissi					
6) Yorgunluk					
7) Huzursuzluk hissi					
8) Enseden başa ve şakaklara yayılan ağrı					
9) Sabahları yataktan kalkmada zorluk					
10) Yaşamı tatsız bulma					
11) El ve ayaklarda yanma					
12)Unutkanlık					
13) Kendini güvencesiz hissetme					
14) Sıcak basması ile birlikte çarpıntı ve fenalık hissi					

15) Kalbin güm güm atması					
16) Serinleme isteği					
17) Dikkat toplamada güçlük					
18) Nedensiz ağlama					
19) Sıcak basmasının ardından soğuk terleme					
20) Baş dönmesi					
21) Bedenle ilgili endişeler					
22) Sıkıntı hissi					
23) Cinsel istekte belirgin azalma					
24) Göğüste baskı, nefes darlığı					
25) El ve ayaklarda terleme					
26) Uykuya dalmada zorluk					
27) Nedensiz korku yada panik hissi					
28) Uykunun bölünmesi					
29) İnsanlara karşı güvensizlik					
30) Erken uyuma					
31) Gözün önünde kara noktaların uçuşması					
32) Başkalarına ve kendisine zarar verilmeye korku					
33) Çıldıracağı gibi olma					

EK.4**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

- 1.A) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
B) Kendimi üzgün hissediyorum.
C) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
D) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2.A) Gelecekte umutsuz değilim.
B) Gelecek konusunda umutsuzum.
C) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
D) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3.A) Kendimi başarısız görmüyorum
B) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
C) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
D) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4.A) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
B) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
C) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
D) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
- 5.A) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
B) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
C) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
D) Kendimi her an için suçlu hissediyorum

- 6.A) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
B) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
C) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
D) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7.A) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
B) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
C) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
D) Kendimden nefret ediyorum.
- 8.A) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
B) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
C) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
D) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9.A) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
B) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
C) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
D) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 10.A) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
B) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
C) Şimdilerde her an ağlıyorum.
D) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
- 11.A) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
B) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
C) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
D) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

- 12.A) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
B) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
C) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
D) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13.A) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
B) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
C) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
D) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14.A) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
B) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
C) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
D) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15.A) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
B) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
C) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
D) Hiç çalışmıyorum.
- 16.A) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
B) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
C) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
D) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17.A) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
B) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
C) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
D) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

- 18.A) İştahım eskisinden pek farklı değil.
B) İştahım eskisi kadar iyi değil.
C) Şimdilerde iştahım epey kötü.
D) Artık hiç iştahım yok.
- 19.A) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
B) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
C) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
D) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim
- 20.A) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
B) Son zamanlarda ağrı, sizi, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
C) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
D) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
- 21.A) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
B) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
C) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
D) Cinsellikle ilgimi tamamen kaybettim.

EK.5**PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ**

Açıklamalar: Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ay ki genel alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız?

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİ.....

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman(dakika olarak) aldı?

..... DAKİKA

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

GENEL KALKIŞ SAATİ.....

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİSAAT

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

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

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada üç veya daha fazla

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada üç veya daha fazla

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez 4. Haftada üç yada daha fazla

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

(h) Kötü rüyalar gördünüz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

(i) Ağrı duydunuz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

(j) Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi
2. Oldukça iyi
3. Oldukça kötü
4. Çok kötü

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

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez
4. Haftada üç yada daha fazla

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

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir yada iki kez 4. Haftada üç yada daha fazla

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

1. Hiç problem oluşturmadı 2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu 4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınız sorun

(a) Gürültülü horlama

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez 4. Haftada üç yada daha fazla

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez 4. Haftada üç yada daha fazla

(c) Uyurken bacaklarda seğirme ve sıçrama

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez 4. Haftada üç yada daha fazla

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez 4. Haftada üç yada daha fazla

(e) Uyurken olan diğer huzursuzlukların; lütfen belirtiniz

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az
3. Haftada bir yada iki kez 4. Haftada üç yada daha fazla