

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**MENOPOZ DÖNEMİNDE DEPRESYON VE
UYKU PROBLEMLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖNCÜ PINAR BAYIR ALBAYRAK

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032.05



BALIKESİR
2024

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

**MENOPOZ DÖNEMİNDE DEPRESYON VE UYKU
PROBLEMLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖNCÜ PINAR BAYIR ALBAYRAK

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEVDE AKSU**

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Bilim Alan Kodu: 1032.05

**BALIKESİR
2024**



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde
Öncü Pınar BAYIR ALBAYRAK tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan
**“Menopoz Döneminde Depresyon ve Uyku Problemlerinin Yaşam Kalitesi ile
İlişkisinin Belirlenmesi”**

başlıklı tez çalışması,

Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından

YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22/04/ 2024

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Uludağ Üniversitesi
(Başkan)

Doç. Dr. Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi
Üye (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aslı
DOKUZCAN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 30/04/2024 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin Pancarcı
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

30/04/2024

İmza

Öncü Pınar BAYIR ALBAYRAK

İTHAF

Canım Kızım İnci Doğa'ya...

TEŐEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca gerek bilgi ve tecrübesi en önemlisi anlayışı, sabrı ve vermiş olduğu güven duygusu ile desteğini her süreçte hissettiğim,bana farklı bakış açıları kazandıran değerli danışman hocam Doç. Dr. Sevede AKSU'ya,

Yüksek lisans eğitimime hamilelik haberimle başladığıım,her adımı beraber attığımız kızım İnci Doğa'ya, süreç boyunca hem bana hem de kızıma destek olan, her zaman yanımda hissettiğim canım eşim Ozan ALBAYRAK'a,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip, beni her koşulda destekleyen kızları olmaktan gurur duyduğum canım annem Ümmühan BAYIR, canım babam Mehmet BAYIR ve kıymetli abim Ertuğrul BAYIR'a,

Ailelerine dahil olduğum günden beri beni hep destekleyen annem Zahide ALBAYRAK ve babam Halil ALBAYRAK'a, eş zamanlı yüksek lisans tezi yazdığımız, bana destek olan kardeşim Onur ALBAYRAK'a,

Tüm süreç boyunca gerek klinik, gerek akademik yönden desteğini hiç esirgemeyen arkadaşım Uzm. Hemş. Özge ŞAYAN'a,

Tez çalışmam da istatistik bölümünde yardımcı olan İstar Araştırma ve takım lideri Ezgi PASİN'e,

Ve son olarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm kadınlara, sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ	7
1.1. Araştırma Soruları	11
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Menopoz	12
2.2. Klimakterik Dönem	12
2.3. Menopozun Sınıflandırılması	13
2.4. Menopoz Fizyolojisi ve Endokrin Değişiklikler.....	14
2.5. Menopoz Döneminde Meydana Gelen Değişiklikler	15
2.6. Menopozal Semptomlarda Değerlendirme	20
2.7. Menopoz Semptomlarda Tedavi.....	20
2.8. Menopoz ve Depresyon	23
2.9. Menopoz ve Uyku Kalitesi	24
2.10. Menopoz ve Yaşam Kalitesi	25
2.11. Menopozal Dönemde Hemşirelik Yaklaşımları	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zaman	28
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.6. Veri Toplama Araçları	30
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)	30
3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-3)	30
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-4).....	31

3.6.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK-5).....	32
3.7. Verilerin Toplanması	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.9. Araştırmanın Etiği.....	33
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Kadınların Sosyodemografik ve Ölçek Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35
4.2. Kadınların Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) İlişkin Bulguları.....	37
4.3. Kadınların Pittsburg Uyku Kalitesi (PUKİ) Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	38
4.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğine (MÖYKÖ) İlişkin Bulgular	40
4.5. Kadınların BDÖ, PUKİ ve MÖYKÖ Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	47
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKLAR	57
ÖZGEÇMİŞ.....	68
EKLER.....	69
EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	69
EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu	71
EK-3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	72
EK-4: PITTSBURGH Uyku Kalite İndeksi	76
EK-5: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ).....	77
EK-6: Etik Kurul.....	79
EK-7: Kurum İzni	81
EK-8: Ölçek İzinleri.....	82

ÖZET

MENOPOZ DÖNEMİNDE DEPRESYON VE UYKU PROBLEMLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Araştırma, menopoz döneminde depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışmanın verileri 01.11.2022-01.02.2023 tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde toplanmıştır. Örneklem büyüklüğünü, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine menopoz tedavisi için başvuran basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilerek araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini taşıyan 200 kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri; tanıtıcı bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçesi (MÖYKÖ) ile toplanmıştır.

Menopoz dönemindeki kadınların “Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ” puan ortalaması 17.57 ± 11.54 , “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ” puan ortalaması 9.73 ± 2.96 , “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği-MÖYKÖ” toplam puan ortalaması 4.01 ± 1.33 olarak bulunmuştur. Sağlık personellerinin menopoz dönemindeki kadınlara holistik bir yaklaşım ile depresyon ve uyku problemlerini tespit etmesi, uyku kalitelerinin arttırılmasına yönelik girişimlerin planlanması ile depresif semptomlar gösterenlerin baş etme becerilerinin kazandırılması amacı ile psikiyatrik yardım ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, menopoz, uyku kalitesi, yaşam kalitesi

ABSTRACT

DETERMINING THE RELATIONSHIP OF DEPRESSION AND SLEEP PROBLEMS WITH QUALITY OF LIFE DURING MENOPAUSE

The research was conducted in order to determine the relationship between depression and sleep problems and quality of life during menopause.

The descriptive and cross-sectional study was conducted at Balikesir University Health Practice and Research Hospital between 01.11.2022-01.02.2023. The sample size consisted of 200 women who applied to the Gynecology and Obstetrics polyclinic of Balikesir University Health Practice and Research Hospital for menopause treatment, selected by simple random sampling method, and agreed to participate to the study and fulfilled the inclusion criteria. Data were collected by using sociodemographic characteristics of menopausal women, the Beck Depression Inventory (BDI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Menopause Specific Quality of Life Scale (MSQOLS).

The mean score of "Beck Depression Scale-BDS" was 17.57 ± 11.54 , the mean score of "Pittsburgh Sleep Quality Index-PICU" was 9.73 ± 2.96 , the mean score of "Menopause Specific Quality of Life Scale-MLSQ" was found to be 4.01 ± 1.33 . It is recommended that healthcare personnel should identify depression and sleep problems with a holistic approach in menopausal women, plan interventions to improve their sleep quality, and provide psychiatric help and counseling to help those with depressive symptoms to improve coping skills.

Keywords: *Depression, menopause, sleep quality, quality of life.*

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMS	: Avusturalya Menopoz Derneği (Australia Menopause Society)
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMAS	: Avrupa Menopoz ve Andropoz Derneği (European Menopause and Andropause Society)
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
IMS	: Uluslararası Menopoz Derneği (International Menopause Society)
IU	: Uluslararası Ünite Birimi (International Unit)
LH	: Luteinleştirici Hormon
MÖYKÖ	: Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
NAMS	: Kuzey Amerika Menopoz Derneği (North American Menopause Society)
NCCIH	: Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (The National Center for Complementary and Integrative Health)
NICE	: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence)
OWH	: Kadın Sağlığı Ofisi (Office on Women's Health)
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
RCN	: Kraliyet Hemşirelik Koleji (Royal Collage of Nursing)
REM	: Rapid Eye Movement
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TGS	: Türkiye Gerontoloji Serisi
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USG	: Ultrasonografi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri	36
Tablo 4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 4.7. Regresyon Analizi Sonuçları.....	49

1. GİRİŞ

Klimakterik dönem içerisinde yer alan menopoz, ovaryan foliküler aktivitenin sona ermesi ile karakterize menstruasyon döngüsünün ve fertilitenin kalıcı olarak sona ermesidir (Vardar vd., 2020; Keyee vd., 2020; Australian Menopause Society [AMS], 2022; European Menopause and Andropause Society [EMAS], (2023); International Menopause Society [IMS], (2023); North American Menopause Society [NAMS], (2019) ; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], (2019).

Dünya’da menopoz yaş ortalaması 50-52 iken ülkemizde bu ortalama 48-49 yaş olduğu tahmin edilmektedir (Özyürek, 2020). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 ilgili verilerine göre menopoza girme oranı 30-34 yaş aralığında %1.1; 35-39 yaş aralığında %1.5 iken 44-45 yaş aralığında %15.9 ve 48-49 yaş aralığında %45.1 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2018). Literatürde menopoza girme yaşını etkileyen faktörleri; menarş yaşı, oral kontraseptif kullanımı, gebelik yaşı ve sayısı, adet döngüsü, fiziksel aktivite, tek taraflı ooferektomi, yüksek serum kurşun düzeyi, doymamış yağ tüketimi, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi vücut kitle indeksi, tütün ve alkol kullanımı olarak sıralayabiliriz (NAMS, 2019; AMS, 2022; EMAS,2023; IMS, 2023; NAMS, 2019; NICE, 2019; Ceylan ve Özerdoğan, 2015). Bu süreçte östrojen ve progesteron hormon seviyelerindeki değişimlere bağlı en yaygın semptomlar; vazomotor semptomlar (ateş basması, gece terlemeleri vs.), kas ve iskelet sistemi problemleri, uyku problemleri, emosyonel problemler (anksiyete ve depresyon vs.), meme dokusu ve üreme organlarında atrofi, cinsel işlev bozuklukları, mesane irritabilitesi, kardiyovasküler sistem hastalıklarıdır (McLeod vd., 2022; Keye vd., 2023; Wang vd., 2022; Mehaseb vd., 2018; Converso vd., 2019).

Kadınların yaşam döngüsü boyunca cinsiyet hormonlarına bağlı depresyon başta olmak üzere çeşitli emosyonel sorunlar açısından 'hassasiyet pencerelerinin' varlığı son

yıllarda dikkat çekmektedir (WHO, 2019). Araştırmalarda menopo  döneminin; özellikle östrojen seviyesinin düşmesi, kronik hastalıklar gibi fiziksel faktörler, yaşı ebeveynlerin bakımı, emeklilik, çocukların evden ayrılması ve yetersiz sosyal destek gibi sosyal faktörler nedeniyle depresif semptomların arttığı bir dönem olduğu vurgulanmaktadır (Green, 2012; Pınar vd., 2015; Polat vd., 2021; Wang vd., 2022; de Kruif vd., 2016; Maki vd., 2018; Venborg vd., 2023; Zsido vd., 2017; EMAS, 2022; Maki vd., 2019; Albert, 2015). Nitekim Amerika, İtalya, Çin, Brezilya, Avustralya, İspanya, İnan, Kanada ve Güney Kore'nin dahil edildiği menopo  dönemindeki kadınların son on yılda bibliyometrik analiz yöntemiyle emosyonel sağlığın incelendiği bir çalışmada da bu dönemde en yaygın görülen sorunların sinirlilik, uyku bozukluğu, zihinsel yorgunluk ve depresif semptomlar olduğu belirlenmiştir (Kalra vd., 2023). Dünya'da konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda menopo  dönemindeki kadınların depresyon oranının %36.3-59.8 arasında değiştiği görülmektedir (Onya vd., 2018; Afshari, 2015; Mausas vd., 2014; NAMS, 2019; Zeng vd., 2019; Yadav vd., 2021; Papazisis vd., 2022; Fu vd., 2020; Zhao vd., 2016). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bu oranın %25-91.0 arasında değişim gösterdiği tespit edilmiştir ( etin ve Eroğlu, 2015; Aygün, 2019; Tümer ve Kartal, 2018). Bu dönemdeki depresif belirtiler, kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom, obezite, osteoporoz, kırıklar, uykusuzluk kişilerarası ilişkilerde bozulma, sosyal ve mesleki işlev bozuklukları, düşük yaşam kalitesi gibi ciddi morbidite ve mortalite etkilerine de sahiptir (Hildeth vd., 2018; Zeng vd., 2019; Park ve Kim,2018; Afshari vd., 2015; Hooper vd., 2022). Dolayısıyla menopo  dönemi her ne kadar biyolojik bir döngü gibi görünse de sağlık profesyonelleri tarafından emosyonel değişimler açısından da yakından takip edilmesi gereken bir zaman dilimidir.

Uyku kalitesi ise genellikle yaşlanma ve menopo la birlikte bozulmakta olup gittikçe kötüleşmektedir (Bruynel, 2015; Baker, 2023). Uyku sağlığı, fiziksel ve ruh sağlığını destekleyen; düzenlilik (her gün benzer saatlerde yatağa girip çıkmak), öznel tatmin (kişinin uykudan memnun hissetmesi), gün içinde uyuklamadan uyanık kalabilme yeteneği, uygun zamanlama (sabah 2 ile 4 arasında uyumak), yüksek verimlilik (her gece uykuya dalmaya çalıştıktan sonra 30 dakikadan az uyanık olmak) ve uyku süresi

(gecelik 8 saat uyku) gibi altı temel boyutu içerir. Menopoz dönemindeki uyku kalitesini genellikle kısa uyku süresi, uykuya dalmada veya uyanık kalmada zorluk ve düşük uyku kalitesi gibi çeşitli sorunlar bozmaktadır. Uyku sorunlarının östrojen hormon seviyesi düşüklüğü, fiziksel ve emosyonel sorunlar, vazomotor semptomlar, ilaçlar, sosyo-ekonomik faktörler ve düşük fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Gaston vd., 2019; Zagalaz vd., 2019). Nitekim Maki çalışmasında ‘Domino Teorisi’ ile uyku bozuklukları ve depresif belirtilerin nedensel olarak ilişkili olabileceğini vurgulamaktadır. Menopoz dönemindeki depresif semptomları olan kadınlarda, uykuya başlama gecikmesinin uzaması, algılanan uyku kalitesi ile uyku verimliliği ve genel toplam uyku süresinin azalması görülmektedir (Maki vd., 2019). Ju-Kim ve ark. (2018) tarafından konu ile ilgili yapılan çalışmada uyku sorunlarının kadınlar premenopozal dönemde %14.4, perimenopozal dönemde %18.2 ve postmenopozal dönemde %30.2 oranında görüldüğünü belirlemişlerdir (Kim vd., 2018). Valiensi ve ark. (2019) yaptıkları çalışmalarında postmenopozal dönemde uyku problemi görülme oranını %46.7 olarak tespit etmişlerdir (Valiensi vd., 2019). Ülkemizdeki yapılan çalışmalarda menopozdaki kadınlarda uyku problemi görülme sıklığı %14-%79 arasında değişmektedir (Erkin vd., 2014). Menopoz döneminde uykunun sağlığa açılan bir pencere olduğunu ve uykuyu iyileştirmenin günlük yaşam aktiviteleri, emosyonel ve fiziksel sağlık dolayısıyla yaşam kalitesi üzerinde uzun vadeli olumlu fayda sağlayabileceğinin bilincinde olunması oldukça önemlidir.

Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) tarafından sağlıklı ilgili yaşam kalitesi; ‘yalnızca hastalığın yokluğu değil, bir kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal refahının bir kombinasyonu’ olarak tanımlanmaktadır (Ward vd., 2022). Günümüzde teknolojik gelişmeler, sağlık sunumunda kalitenin yükselmesi ve hayat standardının artmasının yanında beklenen yaşam süresi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2000-2016 yıllarına yönelik yayınlanan ‘Dünya Sağlık İstatistikleri’ raporuna göre 74.2, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan 2018 yılına ilişkin rapora göre 80.8 yıldır. Dolayısıyla kadınların hayatını 3’te 1’lik bölümünü geçirdiği bu dönemde görülen fizyolojik ve emosyonel değişimler sağlık sorunlarından daha uzun süre etkilenmelerine ve yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olabilecektir (Şahan ve

Oskay, 2021). Konu ile yapılan çalışmalarda da menopoz dönemindeki kadınlarda özellikle kötü uyku kalitesi ve depresyon gibi emosyonel değişimlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Hashemian vd., 2020; Garip vd., 2015; Taşkiran ve Özgül, 2021; Gümüşay ve Erbil, 2019; Altundağ ve Şahin, 2019; Özdemir ve Uysal, 2018; Hooper vd., 2022; Yadav vd., 2021; Park ve Kim, 2018; Özcan, 2019; Özcan ve Oskay, 2019; Keye vd., 2023).

Kadın Kurucular Fonu araştırması, kadınların %78'inin menopozun hayatlarına müdahale ettiğini hissettiğini ve %64'ünün bununla baş etmeye hazırlıksız hissettiğini ortaya çıkarmıştır (Crawford vd., 2021). Harper ve ark. yaptıkları çalışmada global olarak kadınlara yönelik kurumsal menopoz eğitimlerinin yaygınlık ve içerik olarak eksik olduğunun altını çizmektedirler (Harper vd., 2022). 2025 yılına kadar dünya çapında 1.1 milyon kadının menopoz semptomlarını yaşayacağı göz önüne alındığında, kadınların yaşam kalitelerini düşürecek sağlık sorunlarının tespit edilmesi ile bilinçli, aktif ve sürekliliği olan eğitimlerle menopoz dönemine hazırlanmasının bu döneme fiziksel ve duygusal geçiş süreçlerini başarılı bir şekilde aşmalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir (NAMS, 2019; Bonafide The State of Menopause Survey, 2021).

Dolayısıyla menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin korunması ve sağlığın geliştirilmesi en önemli hedeflerden biridir (Schneider ve Birkhauser, 2017; Bashar vd., 2017). Kadınların bu dönemde yaşam kalitelerinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Halk sağlığı alanında çalışan hemşireler, menopoz dönemindeki kadınlara özgü sağlık sorunlarının saptanması, etkileyen faktörlerin belirlenmesi, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamaları oldukça önemlidir (Webster vd., 2018). Bu çalışma menopoz döneminde depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Menopoz dönemindeki kadınların depresyon düzeyleri nedir?
2. Menopoz dönemindeki kadınların uyku kalite düzeyleri nedir?
3. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesi düzeyi nedir?
4. Menopoz dönemindeki kadınların depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi ile ilişkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz

Kadınların hayat evreleri prepuberte, puberte, adölesan, cinsel olgunluk ve klimakterik dönemlerinden oluşmaktadır. Klimakterik dönem içinde yer alan menopoz, “östrojen hormon düzeyinin azalması sonucu over fonksiyonlarının durmasına bağlı 12 ay süre ile menstruasyon görmemesi” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1996; NAMS, 2021; RCN, 2017; NCCIH, 2017).

2.2. Klimakterik Dönem

Klimakterik dönem, kadınların reproduktif dönemi (15-49 yaş) ile yaşlılık dönemi arasında cinsiyet hormon seviyelerindeki değişimler ile karakterize ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilecek belirtiler gösteren bir geçiş dönemidir. Klimakteriyum, menopoz ile aynı anlamda kullanılsa da over fonksiyonlarında düşüş ile birlikte reproduktif periyodun sona ermesinden 64 yaşına değin süren dönemi içermektedir (Taşkın, 2016; Seyisoğlu, 2014).

Klimakterik dönem; premenopoz, menopoz ve postmenopoz dönemlerinden oluşmaktadır.

Premenopoz, klimakterik dönemin ilk fazı olup östrojen hormon seviyesinin azalmasıyla karakterizedir ve menstrual siklus düzeni bozulmuştur. Menopoza kadar 2-6 yıllık süreyi kapsayan bu dönemde emosyonel rahatsızlıklar, yorgunluk ve vazomotor semptomlar görülür (Taşkın, 2016; Seyisoğlu, 2014).

Menopoz, overlerin fonksiyonlarını kaybetmesiyle menstruasyonun sonlanmasıdır (Taşkın, 2016; Çoban 2017). Kadınlar yaşamların büyük bir kısmını menopoz ve sonrası dönemdeki problemlerle yüzleşmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Dünyada menopoz yaş ortalaması 52'dir. Fakat bireysel ve çevresel faktörler 40-58 yaşa arasında değişiklik göstermektedir (NAMS, 2020). Dünyanın çeşitli ülkelerinde kadınların menopoza girme yaşları farklı bulunmuştur. Çin'de ortalama menopoza girme yaşı 50 iken (Jiang vd., 2019), İngiltere'de 51 yaş (RCN, 2019) ve Sri Lanka'da 48 yaş (Rathnayake vd., 2019) olarak bulunmuştur. Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı raporuna göre menopoza giren kadınların %45.1'nin 48-49, %31.2'sinin 46-47 ve %15.9'unun 44-45 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (TNSA, 2018).

Dünya genelinde 2030 yılına kadar 1.2 milyar kadının menopozda olacağı, bu sayının yıllık olarak 4.7 milyon artış göstereceği öngörülmektedir (NAMS, 2021).

Postmenopoz ise, doğurganlığın ve over fonksiyonlarının sona erdiği menopoza takip eden 6-8 yıllık süre olarak tanımlanmakta ve bu dönemde kardiyovasküler semptomlar, östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı vajinal atrofi, ciltte bozulmalar ve osteoporoz görülmektedir (WHO, 1996; NAMS, 2021; RCN, 2017; NCCIH, 2017; Taşkın, 2012; Nazik, 2022; Şahin, 2015; Ceylan ve Özerdoğan, 2015; TGS,2023).

2.3. Menopozun Sınıflandırılması

Başlama yaşına dayalı:

- *Erken menopoz:* Over fonksiyonlarının 40 yaşından önce yitilmesidir.
- *Normal menopoz:* Kadınlarda menstruasyon yokluğunun 45-54 yaş aralığında görülmesi ile ortaya çıkan menopozdur.

- *Geç menopoz*: Menstruasyonun 55 yaşına kadar devam etmesidir (Şahin, 2015; Demirci, 2015).

Oluş biçimine dayalı:

-*Fizyolojik Menopoz*: Kadınların over fonksiyonlarının ortadan kalkmasıyla 12 ay süreyle menstruasyonun olmamasıdır (OWH, 2019).

- *Cerrahi Menopoz*: Overlerin cerrahi işlem ile çıkarılmasıyla oluşan menopoz türüdür. Meme kanseri, yumurtalık kanseri, fibroid gibi hastalığı olan kadınlarda koruyucu amaçlı tercih edilebilir (Taşkın, 2016; RCN, 2017; Demirci, 2015).

2.4. Menopoz Fizyolojisi ve Endokrin Değişiklikler

Menopoz dönemi ovaryumların değişmesiyle başlar. Ergenlik döneminde başlayan ovaryan foliküllerin azalması 35 yaş sonrası daha belirgin hale gelir. Ovaryan foliküllerin azalmasına folikül stimüle eden hormon (FSH) sebep olur. Progesteron ve östrojenin azalmasıyla menstruasyon ortadan kalkmakta, böylelikle menopoz başlamaktadır. Östrojen seviyesinin azalmasıyla hipotalamusta feed-back mekanizması devreye girerek önce FSH, sonrasında luteinize hormon (LH) yükselir. FSH seviyesi yaklaşık 10 kat artarken LH seviyesi 3 kat artmaktadır. FSH seviyesi arttıkça foliküler fazlar kısalır. Süreç ilerledikçe overler FSH yükselişine karşı direnç kazanır ve foliküler faz tekrar uzamaya başlar. Sonrasında direnç en yüksek düzeye geldiğinde folikülogenez yavaşlar. Östrojen düzeyindeki azalış ovulasyon için gereken LH çıkışını engeller. Tüm bu değişimler beraberinde anovulatar siklusları arttırır ve düzensiz menstruasyon siklusları başlar. FSH ve LH seviyesinin yeniden artmasıyla folikül gelişimi tamamen durağan hale gelir. Son adet kanaması da bu dönemde görülüp, menopoz süreci başlamaktadır (Seyisoğlu ve Gezer, 2014).

Menopozun fizyolojisinde 35 yaşından itibaren daha belirgin hale gelen ovaryan foliküllerdeki genel atreziye bağlı progesteron ve östrojen üretiminde azalma yer almaktadır. Östrojen üretimindeki azalmaya paralel olarak ilk etapta FSH (Folikül Stimüle edici Hormon) sonra ise LH (Luteinize Hormon) hormonlarında yükseliş ve foliküler fazlar kısalması görülmektedir. İlerleyen evrede overlerde FSH hormonuna karşı direnç artmakta ve foliküler faz uzama eğilimine girmektedir. Folikülogenez tamamıyla yavaşlamakta ve östradiol üretimi, ovulasyonu gerçekleştiren LH çıkışını sağlamayacak düzeylere düşmektedir. Dolayısıyla üreme siklusları bozulmakta ve menopoz başlamaktadır (WHO,1996; NAMS, 2021; RCN, 2017; NCCIH, 2017; Taşkın, 2019; Seyisoğlu ve Gezer, 2014).

2.5. Menopoz Döneminde Meydana Gelen Değişiklikler

Siklus Değişiklikleri

Siklus değişiklikleri çoğunlukla menopozun premenopozal döneminde görülür. Kandaki östrojen düzeyindeki dalgalanmalar endometrial siklusları bozmaktadır. Anovulatuvar menstruasyon siklusları yaşanabilir. Bu durum overlerdeki fonksiyonların tamamen durduğu anlamına gelmez ama menstruasyonlar ovulasyonsuz olarak hipomenore, hipermenore, polimenore ve amenore gibi anormal uterin kanamalar olarak görülebilmektedir. Menstrual sikluslarda yaşanan anomaliler; kanamanın işlevselliği, siklusların uzaması aynı zamanda kanama miktarının azalması menopozun ön belirtileri olarak değerlendirilmektedir. Sürekli östrojen uyarısına bağlı “hiperplazi” olarak adlandırılan endometriumda değişimler görülebilmektedir. Bu değişimlerde endometrial kanserler açısından predispozan bir etken olabilmektedir. Menstrual siklusların zamanla uzamasıyla beraber miktar olarak da azalması fonksiyonel kanamalar görülecektir (WHO, 1996; NAMS, 2021; RCN, 2017; NCCIH, 2017; Seyisoğlu ve Gezer, 2014; Taşkın, 2019).

Vazomotor Değişiklikler

Sıcak basması, gece terlemesi, çarpıntı, baş ağrısı, çarpıntı şeklinde bilinen vazomotor değişiklikler genellikle premenopoz dönemde başlayan rahatsızlık verici bulgulardır ve yıllar boyu devam edebilir (RCN, 2017).

Menopuzun sıklıkla görülen semptomu olan sıcak basması ani olarak başlayan özellikle yüz, boyun, göğüste kızarıklıklar ve vücutta artan sıcaklık hissi ile kendisini göstermektedir. Östrojen yokluğuna bağlı geliştiği düşünülen sıcak basmalarına bağlı gece terlemeleri de görülmektedir (Tunçarslan, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Freeman ve Sammel (2016) tarafından yapılan çalışmada ise menopoz dönemindeki kadınların %72'sinde orta ve yüksek şiddette vazomotor semptomların gözleendiği belirlenmiştir (Freeman ve Sammel, 2016). Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmada ise kadınların menopoz döneminde ortalama olarak 51.7 ay sıcak basması şikâyeti ile mücadele ettiği saptanmıştır (Gözüyeşil ve Başer, 2016). Ülkemizde konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda vazomotor semptomlardan %41 - 70.1 oranında gece terlemesi (Çetin ve Eroğlu, 2015; Ülkü ve Gözükar, 2016) %24 oranında sıcak basması (Dündar ve Hilmiye, 2021) ve %25.6 oranında baş ağrısı yaşadığı belirlenmiştir. Gözüyeşil çalışmasında menopoz döneminde yaşanan vazomotor semptomlar arttıkça kadınların uykusuzluk, dikkat dağınıklığı ile yorgunluk yaşadığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Gözüyeşil ve Başer, 2016). Hormon replasman tedavisi (HRT) vazomotor değişiklikleri en aza indirmede etkili bir tedavi yöntemidir. HRT almak istemeyen kadınlarda semptomları azaltacak alternatif tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Nappi vd., 2021). Söz konusu yöntemleri, stresten uzaklaşmayı arttırıcı farkındalık çalışmaları (Carmody vd., 2011), refleksoloji (Gözüyeşil ve Başer, 2016), fitoterapi (Demirel vd., 2022), aromaterapi (Kazemzadeh vd., 2016), yoga (Shen vd., 2014), gevşeme teknikleri (Saensak vd., 2013; Sözer ve Emel, 2011) olarak sıralayabiliriz.

Kas İskelet Sistemi Değişiklikler

İnsan doğduğu andan itibaren sahip olduğu kemik kütlesi adölesan çağa kadar şekillenir ve büyümesini devam ettirir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2018). İnsan vücudu yaş aldıkça kemik kütlesinde yıkımlar meydana gelir. Ancak bu durum kadın hayatında menopoz döneminde kemik kütlesi yapımını azaltırken, yıkımı arttırmaktadır. Bu da osteoporozun gerçekleşmesine sebep olur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Menopoz döneminde östrojenin kemik rezorpsiyonunu engelleyerek kemik erimesinde koruyucu bir görevi ortadan kalkmaktadır (Santos vd., 2017). 2018 yılında yapılmış bir çalışmada osteoporozda bulunma oranları menopoza giren kadınlarda %46.8 bulunurken menopoza girmemiş kadınlarda %12.4 bulunmuştur (Kalkan vd., 2018). Premenopoz dönemindeki kadınlarda osteoporozu engellemek için Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2018)'nda alkollü ve kafeinli ürün tüketiminin azaltılması, sigara içilmemesi, günde 1000 mg kalsiyum ve 800-1500 IU ünite D vitamini alımı, egzersize yönlendirme sınıf A seviyesinde tavsiye edilmektedir (TEMD, 2018; Tanındı, 2016).

Kardiyovasküler Değişiklikler

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı eylem planına göre kalp ve damar hastalıkları, birinci sırada ölüm sebebidir. Kardiyovasküler sistem için östrojen olumlu etkileri olan bir hormondur. Menopoza giren kadınlarda azalan östrojen seviyesi kardiyovasküler sistem hastalıkları açısından risk oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Erkekler miyokard enfarktüs görülme sıklığı daha fazlayken menopozdan sonra kadınlarda da bu oranın önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir. Buna sebep olarak östrojenin kardiyovasküler sistem üzerindeki pozitif etkilerinin ortadan kalması gösterilebilir (Muka vd., 2016).

Psikolojik Değişiklikler

Menopoz döneminde kadınların östrojen seviyesindeki azalma merkezi sinir sistemini etkileyerek farklı psikolojik değişimler yaşanmaktadır. Menopoz öncesi ve sonrası yaşanan ruh hali değişimleri kadınların davranışlarını da etkileyebilir. Çoğu kadın geçmiş stres deneyimleri, mevcut sorunları sebebiyle yaşadıklarının farkında değildir (Regestein vd., 2015; RCN, 2017). Menopoz döneminde yaşanan psikolojik değişimlerin beden imajındaki değişimler, uyku sorunlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaşanan psikolojik değişimler depresyon, anksiyete, duygu dalgalanmaları şeklinde kendini göstermektedir (Çetin ve Eroğlu, 2015). Çetin ve Eroğlu (2015) tarafından yapılan çalışmada, menopoz dönemindeki kadınlarda %81.3 oranında hüzünlenme görülürken, %71.4'ünde huzursuzluk - sinirlilik, %46.2'sinde korku - panik hissi ve %46.2'sinde ağlama nöbetleri olduğu, Alpaslan (2018) tarafından yapılan diğer bir araştırmada ise araştırmaya katılan kadınların %27.3 oranında hafif derecede endişe/kaygı, %30.4 oranında hafif derecede sinirlilik, %31.5 oranında orta derecede fiziksel ve zihinsel yorgunluk, %31.8 oranında hafif derecede keyifsizlik yaşadığı belirtilmiştir (Çetin ve Eroğlu, 2015).

Perimenopozal ve postmenopozal dönemindeki kadınlarda uyku problemleri de görülmektedir (Baker vd., 2018). Menopoz döneminde yaşanan uyku sorunları kadınların %40-60 civarını etkilemektedir. Uyku problemlerine çoğunlukla vazomotor şikayetler de eşlik eder. Uykuya geçişte gecikme, uyku bölünmeleri, uykuda geçen sürenin azalması şeklinde sorunlar görülür. Uyku problemlerinin yarattığı sorunlar vazomotor semptomlarla birlikte artmaktadır (Şahin, 2022). Tüm bu bilgilerin ışığında günlük yaşam şeklinin değiştirilmesi, egzersiz, spor gibi yöntemler menopoz döneminde yaşanan psikolojik semptomların azalmasına yardımcı olacağı tavsiye edilmektedir (WHO, 2018).

Genito-Üriner Sistem Değişiklikler ve Cinsel Sorunlar

Menopoz dönemindeki kadınlarda azalan östrojen seviyesi hyoluronik asit, kollajen ve elastin miktarının azalmasına bağlı olarak vajinal florada da değişimler, vajinal kuruluk, ağrılı cinsel ilişki, ilişki sırasında hassasiyet, uyarılmama, vajen ve vulvada inflamasyonlar, dizüri ve pollaküri gibi sorunlara neden olabilmektedir (Kim vd., 2015; Tunçarslan, 2019). Genitoüriner sendrom olarak adlandırılan bu değişimler atrofilere, prolapsuslara, ürolojik ve genital komplikasyonlar yaşanmasına sebep olur (Gandhi vd., 2015; Fışkın vd., 2017; Smail vd., 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada cerrahi menopozdaki kadınların %23.8'i, doğal yollarla menopoza giren kadınların %21.3'ü çoğu zaman disparoni yaşadığını ifade etmiştir (Bıldırcın vd., 2020). Konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada ise menopoz dönemindeki kadınların en çok vajinal kuruluk şikayeti yaşadığı postmenopoz dönemde ise ağrılı ilişki şikayetlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Kahyaoğlu ve Küçükkaya, 2018). Cagnacci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel fonksiyon bozukluğunun yaş ile birlikte arttığı özellikle 40-45 yaş aralığında %55 bulunan cinsel disfonksiyon oranının 52-55 yaş aralığında %82.8 olduğu belirlenmiştir (Cagnacci vd., 2020).

Diğer Semptomlar

Menopozda östrojen düzeyindeki düşüşten kaynaklı olarak cilt,saç ve tırnakta bazı değişimlere neden olur. Bağ dokusu atrofisinin sonuçları olarak tırnak kırılması, cilt kuruluğu, elastikiyet azalması, saçlarda dökülme, kas, kemik ve eklem ağrısı ortaya çıkmaktadır (RCN, 2017). Östrojen kaybıyla birlikte azalan hyaluronik asit ve kolajen seviyesi derinin nem ve yağ oranında azalmasına ve kırışıklıklara neden olur. Bu dönemde tırnaklarda kırılmalar ,güçsüzleşmeler de sık görülmektedir (Zerkinli, 2020).

2.6. Menopozal Semptomlarda Değerlendirme

Kadınlarda herhangi bir patoloji olmadan bir yıl boyunca adet görülmemesi doğal menopoz tanısıdır. Menopoz tanısında FSH değeri perimenopozal dönemde 40mIU/ml ve üzeri seviyelerde bulunmakta olup bu değer 100mIU/ml üzerinde seyrettiğinde foliküllerin tükenmesi söz konusudur. Menopoz tanısında FSH değeri birden çok kez 40mIU/ml'den yüksek seyrettiğinde menopoz tanısı koyulabilmektedir (Dinçer ve Çağlar, 2016; Tıraş, 2014; Çulha, 2022).

2.7. Menopoz Semptomlarda Tedavi

Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları semptomların en aza indirilmesi hedefleyen tedavi yöntemi eksilen hormonu yerine koymaktır. Bu tedavinin temel amacı menopoza has problemleri en aza indirgeyerek kadınların yaşam kalitelerini yükseltmektir. Menopoz süresince kadınların semptomlarının en aza indirilmesi, bu süreci konforlu geçirilmesi için farklı tedavi yöntemleri oluşturulmuştur. Kadınların bir kısmı alternatif yöntemlere yönelirken bir kısmı da HRT tedavisini seçmektedir. HRT'nin amacı östrojene yanıt vermeye devam eden dokulardaki sorunların en aza indirilmesi ve menopoz sonrası dönemde bulunan kadınların yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

Farmakolojik Tedavi

HRT tedavisinde eksilen östrojen ve progesteron seviyesi yapay olarak takviye edilir (OWH, 2019).

HRT'yi (RCN, 2017):

- Terleme, sıcak basması gibi vazomotor semptomları olan, ürogenital şikayetler yaşayanlar,

- Menopoza erken girmiş olanlar,

-50 yaş üzerindeki kadınlarda osteoporozdan korunmak için kullanılabilmektedir

HRT oral, transdermal bant ve topikal formunda olarak kullanılabilir. HRT östrojen-progesteron birlikte uygulanabildiği gibi sadece östrojen içeren oral preparatlar olarak da kullanılabilir. Topikal uygulama olarak krem ve vajinal jel şeklinde kullanılabilir (Aygün, 2019).

HRT tedavisinde kadının hangi yolla menopoza girdiği, yaşı, şikayetleri değerlendirilir. Histerektomi olan bir hastaya sadece östrojen verilirken uterusun alınmadığı durumlarda östrojen-progesteron kombinasyonu verilerek endometrial uyarı engellenir. Meme kanseri, kardiyovasküler hastalık, akciğer hastalığı gibi durumlarda HRT tercih edilmemektedir (RCN, 2017). HRT uygulamalarında genellikle oral takviyelere bağlı olarak ortaya çıkan venöz tromboemboli riski ve genellikle kombine preparatlara bağlı olarak ortaya çıkan meme kanseri riski vardır (NICE, 2015; Pinkerton vd., 2017).

Farmakolojik Olmayan Tedavi

Kadınların menopoza yaklaşımları, menopozdaki kadınların toplum içindeki konumunda kültürel farklılıklar etkilidir (RCN, 2017). Son yıllarda kadınlar menopoz döneminde yaşadıkları semptomları azaltmak, baş etmek için alternatif tıp yöntemlerini kullanmaktadır. Bilimsel olarak etkisi kanıtlanmamış olmasına rağmen kadınlar tedaviye daha çok dahil olma istemekte ve maliyet açısından TAT uygulamalarını tercih etmektedirler (Çetin ve Eroğlu, 2015). Menopoz semptomlarıyla başa çıkmak için kadınlar çoğunlukla bitkisel ürünler, çin melek otu, çuha çiçek yağı, karayılan otu, yams kökü, aromaterapi, fitoöstrojenler, refleksoloji, vitaminler, aromaterapi, bilişsel davranışçı terapi, hipnoz, akupunktur, yoga, homeopati gibi alternatif tedavileri kullanmaktadır (Johnson vd., 2019). TAT olarak kullanılan bir çok doğal ürünün faydalı olduğunu gösteren çalışma bulunmamaktadır. Aksine bazı ürünlerin kullanılan ilaçlarla etkileşimi olup, komplikasyon oluşturabilmektedir (NCCIH, 2017).

Türkiye’de gerçekleştirilen araştırmalarda menopoz döneminde karşılaşılan sorunlarla başa çıkma yöntemleri çeşitlilik göstermektedir. Bunlar, vazomotor

sorunlarda; masaj, rahat giysi tercihi, nefes egzersizi, dua etme, ılık duş, soğuk uygulama, başa dilimlenmiş patates sarma, emosyonel sorunlarda; yalnız kalma, ağlama, gezinme, yeni uğraşlar bulma, bir yakınıyla sohbet etme, ibadet etme; uyku sorunları için bitki çayı içme, zikir çekme; unutkanlık için bitki çayı içme, dua etme; ürogenital sorunlarda; pelvik taban kas egzersizi yapma, günlük ped kullanımı, eşten uzaklaşma; saç ve deri sorunlarında kına uygulaması, zeytinyağı kullanımı gibi uygulamaları sıralayabiliriz (Çetin ve Eroğlu, 2015). TAT uygulamaları; bitkisel ürünler, zihin ve beden uygulamaları ve diğer tamamlayıcı yaklaşımlar ile birlikte incelenmektedir (NCCIH, 2018).

Doğal ürünler; Terapötik etkileri sebebiyle bitkisel tedaviler tercih edilmektedir. Genel olarak fitoöstrojenler, melek otu, karayılan otu, E vitamini kullanılmaktadır (Taşkın, 2016; NCCIH, 2018; Mehrpooya vd., 2018). İran’da randomize kontrollü olarak yapılan bir çalışmada 45-65 yaş arasındaki kadınlar rastgele dört gruba ayrılmış olup papatya, rezene ve safran içeren damlalar 12 hafta boyunca günlük olarak ağız yoluyla uygulanmıştır. A grubu 250 mg papatyadan, 30 mg rezeneden, 15 mg safrandan, B grubu 1000 mg papatyadan, 120 mg rezeneden, 60 mg safrandan, C grubu (plasebo) ve D grubu 500 mg papatyadan, 60 mg rezeneden, 30 mg safranda meydana gelmektedir. Tedavi bitiminde B grubundaki kadınların fiziksel, psikolojik ve ürogenital semptomlarının anlamlı seviyede iyileşme gösterdiği tespit edilmiştir (Mahdavian vd., 2019). NAMS (2020) bazı bitkisel ürünlerin kanama üzerinde olumsuz etkisi olabileceği veya ilaç etkileşimi oluşturabileceği için sağlık profesyonellerinin bilimsel verilerle tıbbi bir prosedür oluşturmasını seviye 2 düzeyinde önermektedir (NAMS, 2020).

Zihin ve Beden Uygulamalarında akupunktur, hipnoterapi, meditasyon ve yoga kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada akupunkturun vazomotor belirtilerin iyileştirilmesinde fitoöstrojenlere göre daha etkili olduğu görülmüştür (Palma vd., 2019). Yurt dışında yapılan bir çalışmada klinik hipnozun vazomotor semptomlar üzerinde olumlu yönde etkili olduğu belirlenmiştir (Elkins vd., 2013). Ülkemizde yapılan uyku problemi yaşayan kadınların dahil edildiği çalışmada ilerleyici gevşeme egzersizi ile birlikte uyku hijyeni eğitimi alan kadınlarda uykusuzluk semptomlarının azaldığı

belirtilmiştir (Duman ve Taşhan, 2018). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise üç ay boyunca yoga yapan kadınlarda kalp atış hızını önemli seviyede düzenleyip kardiyovasküler hastalık görülme riskini azaltabileceği öngörülmüştür (Praveena vd., 2018).

Dünya genelinde TAT uygulamaları yaygın olarak kullanılsa da bu uygulamalara ilişkin bilimsel çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu kapsamda TAT uygulamalarının menopoza döneminde bulunan kadınlarda semptomların azaltılmasında ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine ilişkin yeni çalışmalar yapılması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Engin ve Aydın, 2020).

2.8. Menopoz ve Depresyon

Depresyon kelimesinin kökeni olan “depress” kelimesi, latince “depressus”tan gelmektedir ve “alçakta olmak, bastırmak” anlamı taşımaktadır. Dünya genelinde 322 milyon kişinin depresyonda olduğu, 2005 ile 2015 yılları arasında depresyonun görülme sıklığının %18.4’e yükseldiği belirtilmektedir. Depresyon bir duygusal deneyimdir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Yapılan çalışmalarda depresyonun meydana gelmesinde demografik özelliklerin, sağlık hastalıkları gibi durumların, çevresel faktörlerin önemli olduğu tespit edilmiştir. Kadın hayatının doğal süreçleri olan premenstrual, postnatal, perimenopozal gibi dönemlerde yaşadıkları hormonal değişiklikler bu dönemlerde depresyona daha yatkın olmalarına sebep olmaktadır (Jung vd., 2015). Menopoz döneminde yaşanan vazomotor semptomlar depresyona yatkınlığı arttırmaktadır. Ayrıca depresyon görülme oranının 45-54 yaş aralığındaki kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Pınar vd., 2015). Yapılan bir çalışmada menopozdaki kadınlarda depresyon görülme sıklığı %27.5 olarak bulunmuştur (Ağralı, 2021). Östrojen hormonunun sinir sistemi üzerine düzenleyici etkisi ve serotonin düzeyine olumlu etkileri bilinmektedir. Menopoz döneminde östrojen seviyesinin azalmasıyla depresyona yönelim artmaktadır (Algül vd., 2015).

2.9. Menopoz ve Uyku Kalitesi

Kişinin uykudan uyandığında kendini dinlenmiş iyi hissetmesi uyku kalitesi olarak tanımlanır. Uyku kalitesine uykuya dalma süresi, uykuda geçen süre gibi faktörler belirler. Uyku kalitesi düştükçe kişinin dikkat öğrenme gibi bilişsel fonksiyonları, fiziksel aktiviteleri de olumsuz etkilenir. Kadınlarda uyku sorunları daha fazla görülmektedir. Buna sebep olarak menopoz gibi fizyolojik değişikliklerin sebep olduğu söylenebilir (Ameratunga vd., 2012; Shaver ve Woods, 2015). Menopozdaki kadınlarda en çok görülen uyku problemleri uykuya geçiş süresinde uzama, uykudan dinlenmiş olarak uyanamama, uyku apnesi gibi sorunlardır (Ulusoy ve Kukulcu, 2013). Menopoz döneminde östrojen eksikliğine bağlı olarak REM uykusunda azalma meydana gelmektedir. Vazomotor semptomlar da uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Uykudaki dinlendirici fazın kısalması yorgunluk hissiyle uyanılmasına sebep olur. Östrojen ve progesteron seviyesindeki azalma üst solunum yollarındaki dilatör kas aktivitesindeki artışla birlikte uyku apnesinde etkili olabileceği öngörülmektedir (Mumcu, 2013; Duman, 2016). Menopoz dönemindeki kadınlarda görülen psikolojik semptomlar uykuya dalmada güçlüğüne sebep olmaktadır. Uykunun sık bölünmesi, yetersiz uyuma kadınların gün içerisinde yorgun olmalarına ve odaklanma sorunu yaşamalarına sebep olur (Görmüş, 2017). Depresyon hali ve kronik hastalıkların bulunması da uyku kalitesini bozabilmektedir (Güler, 2017). Uyku bozukluklarıyla ilgili yapılan çalışmalarda kadınların perimenopozal ve postmenopozal dönemde daha fazla uyku problemi yaşadığı belirtilmiştir (Taşkıran, 2019). Ağan ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada, bu oranının %59.7 olduğu, Özer ve Gözükara (2016) tarafından yapılan araştırmada ise kadınların bu dönemde %72'sinin uyku sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların uyku sorunlarıyla başa çıkmak için yapabilecekleri uygulamaların gündüz uykusundan kaçınma, uyku öncesi sedasyon etkisi olan bitki çayı, süt, yoğurt gibi ürünleri tüketme, akşam yemeklerinde hafif beslenme, yatak odasını serin tutma, baş ucunda soğuk su bulundurma olduğu bildirilmiştir (Özer ve Gözükara, 2016). Doğal yolla menopoza giren kadınlara kıyasla, cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda daha fazla uyku problemi yaşandığı görülmüştür. Bu durum da cerrahi menopoza giren kadınların ameliyat

endikasyonlarının yaşattığı sorunlar ve ameliyat sonrası yaşanan sağlık problemleri olarak belirtilmiştir (Fionna vd., 2018).

2.10. Menopoz ve Yaşam Kalitesi

DSÖ yaşam kalitesi kavramını “insanların içinde buldukları değerler ve kültür sistemi içinde amaçları, ilgi alanlarını, beklentilerini ve sahip oldukları amaçları yaşam standartları içindeki algılama biçimleri” olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda yaşam kalitesi bireyin yaşam koşullarına uyumu ve aldığı doyumla bağlantılıdır (WHO, 1997). İnsan yaşamının uzaması ile, kadınlar hayatlarının üçte birlik bölümünü klimakterik geçirmektedir. Menopoz sonrası dönemde kadınların sağlık durumunun optimum seviyede olması amaçlanmaktadır (Öztürk, 2019). Yaşam kalitesi menopoz dönemindeki kadınlarda yaşamıyla ilgili doyum, mutluluk durumu, menopozla oluşan değişikliklere adapte oluşuyla alakalıdır. Menopoz sürecinde yaşam kalitesi; bir kadının, menopoz süreciyle birlikte meydana gelen değişimlere uyumu, şikayetlerle başa edebilmesi, yaşam doyumu ve mutluluğuyla ilgilidir (Ergin vd., 2014; Uludağ vd., 2014).

Menopoz her ne kadar yaşamın doğal bir evresi olsa da hastalık olarak değerlendirilmektedir. Menopoza özgü semptomların yanı sıra yaşa bağlı değişiklikler de ortaya çıkmaktadır. Kadınların yaşam kalitesi değerlendirilirken tüm bu değişimler ve menopoz semptomlarının beden ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Karmakar ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada menopoz döneminde yaşam kalitesi düşük olan kadınlarda menopoza özgü semptomların görüldüğü bildirilmiştir (Karmakar vd., 2017). Yaşam kalitesi ölçülürken birden çok unsur değerlendirilir. Bu yüzden yaşam kalitesini incelerken bütüncül bir yaklaşımda bulunulmalıdır. Sağlık düzeylerini de etkileyen çevre koşulları, gelir düzeyi, politik ortam, sosyal imkanlar gibi etmenler yaşam kalitesinin önemli boyutlarıdır (Müezzinoğlu, 2005).

2.11. Menopozal Dönemde Hemşirelik Yaklaşımları

Menopozal dönemdeki kadının sağlığını sürdürebilmesi, bütüncül yaklaşımı ile değerlendirilip bakım verme, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sunulması halk sağlığı alanında çalışan hemşirelerin sorumluluklarındandır. Hemşireliğin menopoz dönemindeki kadınların sağlığını koruyan, geliştiren yaşam kalitesini yükseltmelerine yardımcı olan bir rolü vardır (Orhan, 2020). Hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin yeterli olması ve farkındalıklarının artması hizmeti sunmada önemlidir. Bu hizmetlerin kalitesinde menopoz dönemindeki kadınların, menopozal semptomlarının ve bu semptomlarla baş etme yöntemlerinin saptanması gerekmektedir (Gözüyeşil ve Başer, 2016; Abiç ve Yılmaz, 2020; Safiye, 2022)

Hemşirelerin de menopoz dönemindeki kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesi, semptomların azaltılması, yaşam kalitesinin ve bilgi düzeyi ile farkındalıklarının arttırılmasında hedeflerini oluşturmaktadır (Safiye, 2022).

Menopoz dönemindeki kadınlara (Özdemir ve Kavak, 2020; Kökkaya, 2018; Tunçarslan, 2019; Gür, 2021; Nazik, 2022; Şahin, 2015);

- Menopozla ilişkin bilgilendirme ve eğitim için programlar ile kadınların bu yaşam dönemine hem fiziksel hem de ruhsal yönden daha iyi hazırlanmaları sağlanmalıdır.

- Premenopozal dönemden itibaren sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi için risk altında bulunanların özellikle birinci basamakta takibi, ruhsal problemleri olanların menopoz döneminde takibinin sıklaşması, rehabilitasyonu ve koruyucu eğitimlerin düzenlenmesi sağlanmalıdır.

- Kadınlara verilecek eğitimlerde onlara destek sağlayabileceği değerlendirilen eş ve çocuk gibi bireylerin de katılımı önemlidir. Bu şekilde kadınların menopozla yönelik yaklaşımlarının pozitif olarak değişeceği, menopoz ile ilgili şikayetlerinde azalma yaşanacağı ve bu dönemi daha konforlu geçirebilecekleri düşünülmektedir.

- Halk sağlığı alanında çalışan hemşireler, olumlu sosyal ilişkilerin geliştirilmesinin önemi hakkında kadını ve ailesini bilgilendirmeli ve çeşitli sosyal aktivitelerin düzenlenmesi önerilmektedir.

- Menopoz döneminde yaşanabilecek rahatsızlıklara karşı süreç başlamadan önce etkili baş etme yöntemlerinin anlatılması ve bu bilgilerin davranışa geçirilebilmesi için kadın desteklenmelidir.

- Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini arttırmak için menopozun bir hastalık olmayıp yaşanması gereken bir dönem olduğu anlatılmalı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yanlış anlaşılmalara açıklanmalıdır.

- Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla uykusuzluk yakınmaları için hemşirelik girişimleri planlanıp uygulanmalıdır.

- Kadınlarda bu dönemde görülen hormonal değişiklikler vücut ağırlığını arttırmaktadır. Menopoza girmiş bireylere kişiye özgü beslenme planı hazırlanıp vücut ağırlığının düzenli takibi için diyetisyene yönlendirme yapılmalı ve ideal kilosunu korumada destek olunmalıdır (March vd., 2018).

- Birinci basamakta sağlık hizmeti sunulan kurumlarda, menopozdaki kadınlar ve aileleriyle iletişim halinde olan sağlık personeli için kurum içi eğitimlere önem verilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, menopoz döneminde depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zaman

Araştırma literatür tarama, kurum izinlerinin alınması, veri toplama, veri analizi ve bulguların yazılması ile birlikte üç yıl sürmüştür. Araştırma verileri Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 01.11.2022- 01.02.2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine menopoz tedavisi için başvuran 450 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise, evreni belli olan durumlarda hesaplama formülü aracılığıyla %95 güven aralığı, %5 hata ve %31.2 46-47 yaş aralığında menopoza girme oranı görülme sıklığı ile 200 kadın olarak belirlenmiştir (TNSA, 2018). Araştırma, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenerek çalışmaya dahil olmayı kabul eden, alınma kriterlerini karşılayan 200 kadın ile tamamlanmıştır. Örnek boyutu $n = \frac{DEFF * Np(1-p)}{[(d^2 / Z^2 1 - \alpha/2)^2 * (N-1) + p*(1-p)]}$

3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilen kadınlar belli kriterler şartıyla araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- İletişim güçlüğü bulunmamak,
- Pre/peri/postmenopozal döneminde olmak,
- Herhangi bir ruhsal sıkıntı ve buna yönelik tedavi alıyor olmamak,
- Kanseri tanı ve buna yönelik tedavi alıyor olmamak,
- Uyku bozukluğu tanısı ve buna yönelik tedavi alıyor olmamak,

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- İletişim güçlüğü bulunmak,
- Herhangi bir ruhsal sıkıntı ve buna yönelik tedavi alıyor olmak,
- Kanseri tanı ve buna yönelik tedavi alıyor olmak,
- Uyku bozukluğu tanısı ve buna yönelik tedavi alıyor olmak,

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik ve menopoz özelliklerine yönelik değişkenler, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puan ortalamalarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri; kadınların sosyodemografik ve menopoz özelliklerini belirlemeye yönelik “Tanıtıcı Bilgi Formu”, depresyon düzeyinin belirlendiği “Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ”, uyku kalite düzeylerinin saptandığı “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ” ve ‘Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği-MÖYKÖ’ ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan tanıtıcı bilgi formunda; kadınların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı 6 soru, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanım bilgisinin yer aldığı 2 soru, menopoza girme yaşı, giriş şekli ile menopoza ilişkin tedavi alma durumlarını içeren 3 soru ile birlikte toplam 11 soru yer almaktadır (Zerkinli,2020; Algül vd., 2015; Vardar vd., 2020; Keyee vd., 2020; Australian Menopause Society [AMS], 2022; European Menopause and Andropause Society [EMAS], (2023); International Menopause Society [IMS], (2023); North American Menopause Society [NAMS], (2019)).

3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-3)

Beck ve arkadaşları tarafından 1978’de psikiyatrik hasta ve sağlıklı bireylerin kendini değerlendirmesi için geliştirilmiştir (Beck vd., 1978). Beck Depresyon Ölçeğinin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik araştırması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (Hisli, 1988). BDÖ, kişilerin depresyon belirtilerini değerlendirerek depresif tutum ve semptomlarına yönelik bilgi oluşturmak için kullanılmaktadır. Ölçekte belirlenen depresif tutum ve belirtiler; karamsarlık, duygudurum, neşesizlik, cezalandırma duygusu, kendini suçlama, başarısızlık duygusu, suçluluk duygusu,sosyal yalnızlık,

uyku bozukluğu, sinirlilik düzeyi, iştahsızlık, beden algısındaki değişiklikler, kilo kaybı, kendini beğenmeme, çalışamama, inithar düşüncesi, ağlama isteği, somatik yakınma, yorgunluk, kararsızlık ve libido kaybı olarak 21 tane başlık olarak belirlenmiştir. Davranışların şiddeti 0-3 puan arasında olup elde edilen toplam puan depresyon puanını belirtmektedir. BDÖ'nin kesme puanı 17 şeklinde belirtilmiştir. Elde edilen puan yükseldikçe depresyon düzeyinin arttığını belirtmektedir. BDÖ puanlaması şoyledir:

0 - 9 puan: Minimal depresif belirti,

10-16 puan: Hafif derecede depresif belirti,

17 - 24 puan: Orta derecede depresif belirti,

25 ve üzeri puan: Ciddi depresif belirti şeklinde belirlenmektedir (Hisli, 1988).

Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.80 olarak rapor edilmiştir (Hisli,1989). Bizim çalışmamızda Cronbach's alpha katsayısı ise 0.92 olarak belirlenmiştir.

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-4)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (The Pittsburgh Sleep Quality Index-PUKİ), Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından, psikiyatri klinik araştırma ve uygulamalarında uyku kalitesinin ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiş olup Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Bir öz bildirim ölçeği olan PUKİ, son bir aydaki uyku bozukluğu ve uyku kalitesini değerlendirmek için hazırlanan toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçek; bileşen 1 (öznel uyku kalitesi), bileşen 2 (uyku latansı), bileşen 3 (uyku süresi),bileşen 4 (alışılmış uyku etkinliği), bileşen 5 (uyku bozukluğu), bileşen 6 (uyku ilacı kullanımı) ve bileşen 7 (gündüz uyku işlev bozukluğu) şeklinde 7 bileşenden meydana gelmektedir. PUKİ'nin puanlanmasında; bireyin kendisi tarafından cevaplanan ölçeğin ilk 19 soru kullanılmakta olup sonraki 5 soruya kişinin eşi ya da aynı odayı paylaştığı arkadaşi cevap verir. Ancak puanlamaya katılmamaktadır. PUKİ toplam puanı 0-21 arasında

değişmekte olup toplam puanı 5 ve altında olanların uyku kalitesi "iyi", 5' in üzerinde olanların ise uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilmektedir. Buysse ve arkadaşlarının çalışmasındaki Cronbach's Alpha katsayısı 0.83 iken Ağargün ve arkadaşlarının çalışmasında 0.80 olarak bulunmuştur. (Buysse vd., 1989; Ağargün vd., 1996). Çalışmamızda ise Cronbach's Alpha katsayısı 0.59 olarak belirlenmiştir.

3.6.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK-5)

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hilditch ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2005 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından yapılmıştır (Kharbouch ve Şahin, 2007). Ölçek vazomotor, psikosozyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alandan oluşmakta, likert tipte 29 ifade içermekte ve ölçekten alınan puan arttıkça yakınmanın şiddeti artmakta, yaşam kalitesi azalmaktadır. Ölçek toplamında ortalama puan kullanılması nedeniyle ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 6'dır. "0" puan, konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını gösterir. "1" puan, sorunun var olduğunu, yaşandığını ancak hiç rahatsız edici olmadığını, "2-6" arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini gösterir. Kharbouch ve Şahin ölçeğin cronbach's alfa değerini 0.73-0.88 olarak belirlemiştir (Kharbouch ve Şahin, 2007). Ölçek alt alan Cronbach's Alpha katsayıları Vazomotor alan için 0.73, Psikosozyal alan için 0.84, Fiziksel alan için 0.88, Cinsel alan için 0.84'dir. (Kharbouch, 2007; Hilditch, 1996). Çalışmamızda ise ölçek Cronbach's Alpha katsayısı 0.81 iken vazomotor, psikosozyal, fiziksel ve cinsel alan Cronbach's Alpha katsayıları sırası ile; 0.87, 0.92, 0.94 ve 0.92 olarak belirlenmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışma verileri, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine 01.11.2022- 01.02.2023 tarihleri süresince polikliniğe başvuran ve örneklem seçimine uyan menopoz dönemindeki kadınlara;

çalışmanın amacı ve veri toplama araçları hakkında bilgilendirme yapılarak onamları alınmış ardından tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler uygulanması ile toplanmıştır. Araştırmanın verileri, katılımcıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile muayene öncesi veya sonrasında bekleme odasında araştırmacı tarafından toplanmış olup veri toplama süresi yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences 25 (SPSS 25.0) programına kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu Shapiro Wilk testi ve basıklık çarpıklık katsayısının +1.5, -1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirildi. Normallik varsayımı karşılandığında iki grup ortalamalarını karşılaştırırken student's t testi, üç veya üstü grup ortalamasını karşılaştırırken ANOVA (post hoc: Bonferroni) testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında; Ki-kare testi ve sürekli veriler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile belirlendi. Tek değişkenli analizlerde ise anlamlı bulunan değişkenler lineer regresyon analizi kullanarak karşılaştırıldı. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (04.10.2022 tarih: E-11811414-050.03-188151 sayılı EK-6), Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (01.07.2021 tarih: E-93559075-044-47827 sayılı, EK-7) izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacılardan email yoluyla onay alınmıştır (EK-8). Gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş araştırma ile ilgili "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (Ek-1) alınmıştır.

Gizlilik ilkesine bağlı olarak katılanların kimlik bilgileri kullanılmamıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde muayene için başvuru yapan menopoz dönemindeki kadınlar ile sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Kadınların Sosyodemografik ve Ölçek Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması 54.50 ± 9.66 iken %37'sinin lise mezunu, %65'inin orta gelir düzeyinde, %58.5'inin ev hanımı, %82'sinin sosyal güvenliğinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %56.5'inin kronik hastalığı olduğu ve %57'sinin sürekli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Kadınların %45'inin 47 yaş altında menopoza girdiği, %60'ının doğal yolla menopoza girdiği ve sadece %28'inin menopoz yakınmaları için tedavi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=200).

Değişkenler	n	%*
Yaş ($\bar{x} \pm SS$, 54.50 ± 9.66)	54 yaş altı	99 49.5
	54 yaş ve üzeri	101 50.5
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8 4.0
	Okuryazar	30 15.0
	İlköğretim	63 31.5
	Lise	74 37.0
	Üniversite ve üstü	25 12.5
Aile tipi	Çekirdek aile	156 78.0
	Geniş aile	44 22.0
	Kötü	13 6.5
Gelir durumu	Orta	130 65.0
	İyi	54 27.0
	Çok iyi	3 1.5
Çalışma durumu	Ev hanımı	117 58.5

	İşçi	35	17.5
	Memur	36	18.0
	Serbest meslek	12	6.0

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=200) (devam).

Değişkenler		n	%*
Sosyal güvenlik	Var	164	82.0
	Yok	36	18.0
Kronik hastalık varlığı	Var	113	56.5
	Yok	87	43.5
Sürekli olarak kullanılan ilaç varlığı	Var	114	57.0
	Yok	86	43.0
Menopoza girme yaşı ($\bar{X} \pm SS$, 46.81 \pm 5.63)	47 yaş altı	90	45.0
	47 yaş ve üzeri	110	55.0
Hangi yolla menopoza girildiği	Doğal	120	60.0
	Cerrahi	80	40.0
Menopoz yakınmaları için tedavi alınma durumu	Evet	56	28.0
	Hayır	144	72.0
Toplam		200	100.0

*Sütun yüzdesi, \bar{X} = Ortalama, SS = Standart sapma

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistiklerine bakıldığında Beck Depresyon Ölçeğinin ortalamasının 17.57 \pm 11.54, Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ortalamasının 9.73 \pm 2.96, Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması 4.01 \pm 1.33, MÖYKÖ alt puanlarına baktığımızda vazomotor alan ortalamasının 4.21 \pm 1.68, psikososyal alan ortalamasının 3.47 \pm 1.50, fiziksel alan ortalamasının 3.63 \pm 1.29 ve cinsel alan ortalamasının 3.27 \pm 1.93 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri.

Ölçek ve Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Beck Depresyon Ölçeği	0.00	51.00	17.57	11.54
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	3.00	18.00	9.73	2.96
Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	1.00	6.00	4.01	1.33
Vazomotor Alan	1.00	7.00	4.21	1.68

Psikososyal Alan	1.00	7.00	3.47	1.50
Fiziksel Alan	1.00	7.00	3.63	1.29
Cinsel Alan	1.00	7.00	3.27	1.93

4.2. Kadınların Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) İlişkin Bulguları

Çalışmaya katılanların demografik özelliklerine göre BDÖ puanları incelendiğinde eğitim durumu lise olan katılımcıların (20.30±12.46), eğitim durumu ilköğretim (14.63±10.87) olan katılımcılara göre; çalışma durumu serbest meslek olanların (28.17± 9.83) ev hanımı (18.77±12.03), işçi (14.17±10.38) ve memur (13.44 ±8.42) olanlara göre BDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.3). Kadınların yaşları, aile tipine, gelir durumu, sosyal güvenlik, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı, menopoza girme yaşı, menopoza girme şekli ve tedavi alma durumuna göre gruplar arasında BDÖ puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların demografik özelliklerine göre beck depresyon puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Beck Depresyon					
	\bar{X}	SS	Test değeri	P	Bonferroni	
Yaş	54 yaş altı	17.09	12.54	-0.580**	0.563	
	54 yaş ve üzeri	18.04	10.52			
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	14.63	11.33	3.109***	0.017*	4>3
	Okuryazar (2)	20.23	10.06			
	İlköğretim (3)	14.63	10.87			
	Lise (4)	20.30	12.46			
	Üniversite ve üstü (5)	14.64	10.11			
Aile tipi	Çekirdek aile	17.37	12.01	-0.456**	0.649	
	Geniş aile	18.27	9.79			
Gelir durumu	Kötü	17.46	11.93	0.227***	0.842	
	Orta	18.05	11.63			

İyi	16.37	11.63
Çok iyi	18.67	5.69

Tablo 4.3. Katılımcıların demografik özelliklerine göre beck depresyon puanlarının karşılaştırılması (devam).

Değişkenler	Beck Depresyon					
	\bar{X}	SS	Test değeri	P	Bonferroni	
Çalışma durumu	Ev hanımı (1)	18.77	12.03	6.897***	0.000*	4>1, 4>2, 4>3
	İşçi (2)	14.17	10.38			
	Memur (3)	13.44	8.42			
	Serbest meslek (4)	28.17	9.83			
Sosyal güvenlik	Var	16.86	11.48	-1.869**	0.063	
	Yok	20.81	11.42			
Kronik hastalık varlığı	Var	17.85	10.54	0.389**	0.697	
	Yok	17.21	12.78			
Sürekli olarak kullanılan ilaç varlığı	Var	18.96	10.69	1.969**	0.050	
	Yok	15.73	12.42			
Menopoza girme yaşı	47 yaş altı	18.29	12.48	0.796**	0.427	
	47 yaş ve üzeri	16.98	10.74			
Hangi yolla menopoza girildiği	Doğal	16.67	10.25	-1.358**	0.176	
	Cerrahi	18.93	13.21			
Menopoz yakınmaları için tedavi alınma durumu	Evet	18.73	10.59	0.887**	0.376	

* $p < 0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

4.3. Kadınların Pittsburg Uyku Kalitesi (PUKİ) Ölçeğine İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine göre PUKİ puanları incelendiğinde sürekli ilaç kullananların (10.18 ± 2.82) sürekli ilaç kullanmayanlara (9.13 ± 3.04) göre PUKİ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.4). Kadınların yaşları, aile tipine, gelir durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyal güvenlik, kronik hastalık varlığı, menopoza girme yaşı, menopoza girme şekli ve tedavi alma durumuna göre gruplar arasında PUKİ puan

ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların demografik özelliklerine göre Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler		Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi			
		\bar{X}	SS	Test değeri	p
Yaş	54 yaş altı	9.66	2.90	-0.347**	0.729
	54 yaş ve üzeri	9.80	3.03		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	9.63	3.02	0.519***	0.722
	Okuryazar	9.60	2.69		
	İlköğretim	9.40	3.03		
	Lise	10.11	2.84		
	Üniversite ve üstü	9.64	3.50		
Aile tipi	Çekirdek aile	9.72	3.08	-0.108**	0.914
	Geniş aile	9.77	2.51		
Gelir durumu	Kötü	9.00	3.03	0.427***	0.734
	Orta	9.71	2.95		
	İyi	9.91	3.05		
	Çok iyi	10.67	1.53		
Çalışma durumu	Ev hanımı	9.56	2.83	1.349***	0.260
	İşçi	9.86	3.15		
	Memur	9.64	3.24		
	Serbest meslek	11.33	2.61		
Sosyal güvenlik	Var	9.85	2.99	1.200**	0.231
	Yok	9.19	2.79		
Kronik hastalık varlığı	Var	9.97	2.76	1.328**	0.186
	Yok	9.41	3.19		
Sürekli olarak kullanılan ilaç varlığı	Var	10.18	2.82	2.532**	0.012*
	Yok	9.13	3.04		
Menopoza girme yaşı	47 yaş altı	9.97	2.99	1.023**	0.308
	47 yaş ve üzeri	9.54	2.94		
Hangi yolla menopoza girildiği	Doğal	9.54	3.08	-1.103**	0.272
	Cerrahi	10.01	2.77		
Menopoz yakınmaları için tedavi alınma durumu	Evet	10.32	3.10	1.772**	0.078

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

4.4. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğine (MÖYKÖ) İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları incelendiğinde; kronik hastalığı olanların (4.39±1.42) kronik hastalığı olmayanlara (3.44±1.30) göre, sürekli ilaç kullananların (4.13±1.32) sürekli ilaç kullanmayanlara (3.58±1.47) göre, menopoz yakınmaları için tedavi alanların (4.48±1.30) tedavi almayanlara (4.00±1.29) göre MÖYKÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). MÖYKÖ alt boyutları puanları incelendiğinde eğitim durumu lise olanların (3.77±1.54) ve üniversite/üniversite üstü olanların (3.71±1.48) okuryazar olmayanlara (2.50±1.01) göre; lise mezunu olanların (3.77±1.54) ilköğretim olanlara (3.1±1.53), çalışma durumu serbest meslek olanların (4.65±1.23) işçi (3.23±1.74) ve memur olanlara (3.17±1.35) göre psikososyal alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Kronik hastalığı olanların (4.49±1.62) olmayanlara (3.84±1.70) göre vazomotor alan puan ortalamaları ve yine kronik hastalığı olanların (3.65±1.36) olmayanlara (3.23±1.63) göre psikososyal alan puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (p<0.05). Sürekli olarak ilaç kullananların (4.53±1.62) kullanmayanlara (3.78±1.67) göre vazomotor alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Doğal yolla menopoza girenlerin (3.97±1.71) cerrahi yolla menopoza girenlere (4.56±1.57) göre vazomotor alan puan ortalamaları ile doğal yolla menopoza girenlerin (3.23±1.40) cerrahi yolla menopoza girenlere (3.82±1.57) göre psikososyal alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Menopoz yakınmaları için tedavi alanların (4.58±1.60) tedavi almayanlara (4.06±1.69) göre vazomotor alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Katılımcıların çalışma durumuna göre ev hanımı

olanların(3.81±1.15) işçi(3.33±1.58) ve memur olanlara(3.19±1.31) göre; serbest meslek sahibi olanların (4.05±1.22) memur olanlara(3.19±1.31) göre; kronik hastalığı olanların (3.91±1.20) olmayanlara (3.27±1.33) göre; sürekli ilaç kullananların (3.93±1.21) sürekli ilaç kullanmayanlara(3.24±1.30) göre fiziksel alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Ev hanımı olanların (3.48±1.97) memur olanlara (2.50±1.57) göre; kronik hastalığı olanların (3.64±2.01) olmayanlara (2.78±1.72) göre; sürekli ilaç kullananların (3.64±2.01) ilaç kullanmayanlara (2.77±1.72) göre cinsel alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi boyutlarının puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	MÖYKÖ		Fiziksel Alan		Cinsel Alan		Vazomotor Alan		Psikososyal Alan		
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Yaş	54 yaş altı	4.28	1.43	3.47	1.44	3.02	1.67	4.30	1.72	3.47	1.62
	54 yaş ve üzeri	4.05	1.52	3.79	1.12	3.51	2.13	4.12	1.64	3.47	1.37
	Test değeri	0.254**		-1.752**		1.809**		0.761**		-0.003**	
	P	0.125		0.081		0.072		0.447		0.998	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	4.38	1.23	3.13	1.16	3.04	2.09	3.38	1.63	2.50	1.01
	Okuryazar (2)	4.31	1.41	4.02	1.04	3.88	2.08	4.31	1.51	3.52	1.19
	İlköğretim (3)	4.00	1.52	3.42	1.32	3.15	1.97	4.05	1.82	3.11	1.53
	Lise (4)	3.95	1.43	3.77	1.33	3.37	1.91	4.48	1.63	3.77	1.54
	Üniversite ve üstü (5)	3.83	1.49	3.45	1.36	2.56	1.53	3.93	1.59	3.71	1.48
	Test değeri	0.314***		1.792***		1.751***		1.324***		2.810***	
	P	0.162		0.123		0.140		0.262		0.027*	
Bonferroni									4>1, 5>1, 4>3		
Aile tipi	Çekirdek aile	4.39	1.45	3.55	1.30	3.20	1.86	4.19	1.65	3.50	1.53
	Geniş aile	4.17	1.08	3.91	1.23	3.51	2.18	4.27	1.78	3.36	1.36
	Test değeri	0.239**		-1.637**		-0.943**		-0.288**		0.539**	
	P	0.191		0.103		0.347		0.774		0.591	

Tablo 4.5. Katılımcıların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi boyutlarının puanlarının karşılaştırılması (devam).

Değişkenler	Fiziksel Alan				Cinsel Alan		Vazomotor Alan		Psikososyal Alan		
	MÖYKÖ										
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Gelir durumu	Kötü	4.10	1.29	3.46	1.14	3.74	2.05	3.90	1.49	3.08	1.43
	Orta	3.20	1.26	3.68	1.35	3.42	2.04	4.20	1.76	3.51	1.50
	İyi	3.50	1.37	3.57	1.22	2.83	1.58	4.30	1.57	3.48	1.55
	Çok iyi	3.14	1.07	3.42	0.93	2.22	1.35	4.44	1.07	3.00	0.14
	Test değeri	0.170***		0.195***		1.794***		0.217***		0.428***	
	P	0.284		0.900		0.150		0.884		0.733	
Çalışma durumu	Ev hanımı (1)	4.26	1.32	3.81	1.15	3.48	1.97	4.36	1.62	3.51	1.44
	İşçi (2)	4.00	1.38	3.33	1.58	3.10	2.00	4.10	1.88	3.23	1.74
	Memur (3)	3.57	1.59	3.19	1.31	2.50	1.57	3.67	1.69	3.17	1.35
	Serbest meslek (4)	4.32	1.24	4.05	1.22	4.00	1.80	4.72	1.34	4.65	1.23
	Test değeri	1.011***		3.340***		3.112***		2.011***		3.426***	
	P	0.104		0.020*		0.027*		0.114		0.018*	
	Bonferroni			1>2, 1>3 4>3		1>3				4>2, 4>3	
Sosyal güvenlik	Var	4.01	1.72	3.61	1.32	3.29	1.93	4.21	1.72	3.43	1.52
	Yok	4.10	1.49	3.74	1.16	3.14	1.96	4.20	1.49	3.62	1.41
	Test değeri	0.012**		-0.581**		0.432**		0.018**		-0.669**	
	P	0.185		0.562		0.666		0.985		0.504	

Tablo 4.5. Katılımcıların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi boyutlarının puanlarının karşılaştırılması (devam).

Değişkenler	MÖYKÖ		Fiziksel Alan		Cinsel Alan		Vazomotor Alan		Psikososyal Alan		
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Kronik hastalık varlığı	Var	4.39	1.42	3.91	1.20	3.64	2.01	4.49	1.62	3.65	1.36
	Yok	3.44	1.30	3.27	1.33	2.78	1.72	3.84	1.70	3.23	1.63
	Test değeri	1.125**		3.544**		3.175**		2.276**		1.988**	
	P	0.001*		0.000*		0.002*		0.006*		0.048*	
Sürekli olarak kullanılan ilaç varlığı	Var	4.13	1.32	3.93	1.21	3.64	2.01	4.53	1.62	3.64	1.39
	Yok	3.58	1.47	3.24	1.30	2.77	1.72	3.78	1.67	3.24	1.60
	Test değeri	2.142**		3.830**		3.212**		3.214**		1.848**	
	P	0.045*		0.000*		0.002*		0.002*		0.066	
Menopoza girme yaşı	47 yaş altı	3.87	1.45	3.53	1.42	3.05	1.81	3.97	1.65	3.62	1.64
	47 yaş ve üzeri	4.01	1.48	3.72	1.18	3.44	2.01	4.41	1.68	3.35	1.36
	Test değeri	1.124**		-1.045**		-1.415**		-1.853**		1.268**	
	P	0.078		0.297		0.159		0.065		0.206	
Hangi yolla menopoza girildiği	Doğal	3.87	1.51	3.52	1.28	3.19	2.04	3.97	1.71	3.23	1.40
	Cerrahi	4.26	1.27	3.80	1.30	3.38	1.76	4.56	1.57	3.82	1.57
	Test değeri	1.111**		-1.505**		0.682**		-2.468**		-2.760**	
	P	0.142		0.134		0.496		0.014*		0.006*	

Tablo 4.5. Katılımcıların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi boyutlarının puanlarının karşılaştırılması (devam).

Değişkenler	MÖYKÖ		Fiziksel Alan		Cinsel Alan		Vazomotor Alan		Psikososyal Alan		
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Menopoz	Evet	4.48	1.30	3.90	1.26	3.45	1.82	4.58	1.60	3.74	1.50
yakınmaları için	Hayır	4.00	1.29	3.53	1.29	3.19	1.98	4.06	1.69	3.36	1.48
tedavi alınma	Test değeri	1.180**		1.841**		0.829**		1.985**		1.625**	
durumu	P	0.002*		0.067		0.409		0.049*		0.106	

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

4.5. Kadınların BDÖ, PUKİ ve MÖYKÖ Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Beck Depresyon ölçeği ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi arasında ($r=0.262$, $p<0.05$), Beck Depresyon ölçeği ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasında ($r=0.215$, $p<0.05$), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasında ($r=0.264$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki.

Ölçek ve Boyutları		1	2	3	4	5	6	7
1- Beck Depresyon Ölçeği	R	1.000	0.262	0.215	0.362	0.278	0.208	0.278
	P	-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.003*	0.000*
2- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	R		1.000	0.264	0.312	0.336	0.176	0.336
	P		-	0.000*	0.000*	0.000*	0.012*	0.000*
3- Vazomotor Alan	R			1.000	0.671	0.738	0.471	0.738
	P			-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
4- Psikososyal Alan	R				1.000	0.816	0.492	0.816
	P				-	0.000*	0.000*	0.000*
5- Fiziksel Alan	R					1.000	0.574	1.000
	P					-	0.000*	0.000*
6- Cinsel Alan	R						1.000	0.816
	P						-	0.000*
7- Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	r							1.000
	p							0.738

* $p<0.05$

Regresyon analizi sonuçlarına göre çalışmamızda BDÖ'nün ($\beta=0.023$, $p<0.05$) ve PUKİ'nin ($\beta=0.126$, $p<0.05$) vazomotor alan üzerinde; BDÖ'nün ($\beta=0.039$, $p<0.05$) ve PUKİ'nin ($\beta=0.118$, $p<0.05$) psikososyal alan üzerinde; BDÖ'nün ($\beta=0.023$, $p<0.05$) ve PUKİ'nin ($\beta=0.123$, $p<0.05$) fiziksel alan üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. BDÖ'nün ($\beta=0.029$, $p<0.05$) cinsel alan

üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Vazomotor alan üzerindeki değişimin %9.3'ünü, psikososyal alan üzerindeki değişimin %18.1'ini, fiziksel alan üzerindeki değişimin %15.1'ini ve cinsel alan üzerindeki değişimin %5.9'unu açıklamaktadır (Tablo 4.7)

Tablo 4.7. Regresyon analizi sonuçları.

Model	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	Beta	t	P	F	p	R ²
1	Vazomotor Alan	Sabit	2.578	0.399	-	6.462	0.000*	10.054	0.000*	0.093
		Beck Depresyon	0.023	0.010	0.157	2.233	0.027*			
		Pittsburgh Uyku Kalitesi	0.126	0.040	0.223	3.168	0.002*			
2	Psikososyal Alan	Sabit	1.637	0.338	-	4.847	0.000*	21.836	0.000*	0.181
		Beck Depresyon	0.039	0.009	0.301	4.501	0.000*			
		Pittsburgh Uyku Kalitesi	0.118	0.034	0.233	3.489	0.001*			
3	Fiziksel Alan	Sabit	2.030	0.297	-	6.830	0.000*	17.579	0.000*	0.151
		Beck Depresyon	0.023	0.008	0.204	2.995	0.003*			
		Pittsburgh Uyku Kalitesi	0.123	0.030	0.282	4.153	0.000*			
4	Cinsel Alan	Sabit	1.924	0.468	-	4.115	0.000*	6.193	0.002*	0.059
		Beck Depresyon	0.029	0.012	0.174	2.424	0.016*			
		Pittsburgh Uyku Kalitesi	0.085	0.047	0.131	1.827	0.069			

* $p < 0.05$

5. TARTIŞMA

Menopoz döneminde depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmanın bu bölümünde, saptanan bulgular literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Menopoz dönemi, her ne kadar biyolojik bir döngü gibi görünse de sağlık profesyonelleri tarafından kadınların yaşam kalitesine olan olumsuz etkileri nedeniyle depresyon ve uyku problemleri bakımından yakından takip edilip uygun yaklaşımların gerçekleştirilmesi gereken bir zaman dilimidir (Polat vd., 2021; Wang vd., 2022; Maki vd., 2018; Venborg vd., 2023; EMAS, 2022; Maki vd., 2019). Dünya genelinde 2030 yılına kadar 1.2 milyar kadının menopozda olacağı, bu sayının yıllık olarak 4.7 milyon artış göstereceği öngörülmektedir. Dolayısıyla bu dönemde gelişebilecek sağlık sorunlarının takip ve tespiti, bilinçli, aktif ve sürekliliği olan eğitimlerle kadınların menopoz dönemine hazırlanması fiziksel ve duygusal geçiş süreçlerinin daha başarılı olmasını sağlayacaktır (NAMS, 2021; Bonafide The State of Menopause Survey, 2021).

Çalışmamıza katılan kadınların menopoza girme yaşı 46.81 ± 5.63 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.). Dünya’da menopoz yaş ortalaması 50-52 iken ülkemizde bu ortalama 48-49 yaş olduğu tahmin edilmektedir (Özyürek, 2020). Menopoza girme yaşı ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde 47.7 ± 4.5 (Uludağ vd.,2014), 46.98 ± 6.07 (Ertekin vd.,2020), 46.91 ± 4.95 (Dişli vd.,2022), 46.7 ± 5.4 (Kurt vd., 2020), 46.12 ± 5.57 (Koyuncu, 2015) olarak bulunmuştur. Literatürde farklı ülke ve popülasyonlarda konu ile ilgili çalışmalarda ise menopoza girme yaşları farklı bulunmuştur. Çin’de ortalama menopoza girme yaşı 50 iken (Jiang vd., 2019), İngiltere’de 51 yaş (RCN, 2019) ve Sri Lanka’da 48 yaş (Rathnayake vd.,2019) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların %60’ının doğal yolla menopoza girdiği ve sadece %28’inin menopoz yakınmaları için tedavi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Kurt (2020) araştırmasında katılımcıların %92.6'sının menopoza yönelik herhangi bir tedavi kullanmadığı %7.4'ünün hormon replasman tedavisi kullandığı saptanmıştır. Özer ve Gözükara'nın (2016) yaptığı çalışmada katılımcıların % 96.0'ı, Vaccaro (2021) çalışmasında ise %75.5'i herhangi bir tedavi almamaktadır. Araştırma bulgularımız farklı ülke ve popülasyonlarda yapılan çalışmalardaki bulgularla paralellik göstermekte olup menopoz dönemindeki kadınların menopoza girme yolları göz önüne alındığında sağlık kurum ve kuruluşlarına takip, tanı ve tedavi için başvurularının azlığını saptaması bakımından önemlidir (Özer vd.,2016 ; Vaccaro vd., 2021).

Çalışmamızdaki kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 17.57 ± 11.54 olup orta derecede depresif belirti gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2.). Menopoz dönemindeki kadınlarda konu ile ilgili BDÖ kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda Durukan ve Aslanın yaptığı çalışmada BDÖ puan ortalaması 12.01 ± 9.90 , Aygün'ün yaptığı çalışmada 14.06 ± 9.12 , Ağralı'nın yaptığı çalışmada 13.29 ± 9.96 , Tozlu'nun yaptığı çalışmada 11.61 ± 9.00 , Gündüz yaptığı çalışmada 10.35 ± 8.39 ve Algül ve arkadaşları yaptığı çalışmada 12.6 ± 4.4 olarak belirlemiştir (Duran vd., 2020; Aygün, 2019; Ağralı, 2019; Tozlu, 2019; Algül vd., 2015; Gündüz, 2019). Can'ın yaptığı çalışmada ise bizim bulgularımıza benzer nitelikte BDÖ puan ortalamasını 18.33 ± 11.72 , Batır çalışmasında $13,81 \pm 9,66$ olarak bulunmuştur (Can,2022;Batır,2018). Hashemian ve arkadaşları çalışmasında BDÖ puan ortalamasını 13.51 ± 7.80 olarak belirlemiştir (Hashemian vd.,2020). Çalışmalar depresyon görülme sıklığının östrojen seviyesindeki azalmayla menopoz döneminde arttığını vurgulamaktadır (Algül vd., 2015; Pınar vd., 2015; Duran vd., 2020). Araştırma sonuçlarımız konu ile ilgili yapılan çoğu çalışmalara kıyasla çalışma grubumuzun depresyon oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun sebepleri arasında çalışmama, yetersiz çevre ve eş desteği, yalnızlaşma ve yaşlılık düşüncesi, kişisel faktörlerin etkili olabileceği düşüncesindeyiz. Bunun diğer bir sebebi olarak da çalışma grubumuzdaki cerrahi yolla menopoza girme oranı yüksek olmasıdır. Nitekim çalışmalar cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda doğal menopoza giren kadınlara kıyasla sıcak basması ve ruh hali dalgalanması anlamlı derecede yüksek bulunması bulgumuzu destekler niteliktedir (Kaur vd.,2017; McLeod vd.,2022).

Çalışmamızda PUKİ puan ortalaması 9.73 ± 2.96 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2.). Can çalışmasında PUKİ puan ortalamasını $9,20 \pm 3,47$, Açmaz çalışmasında $9,00 \pm 2,47$, Yeni çalışmasında $7,33 \pm 2,95$, Büyükkaplan çalışmasında $10,7 \pm 4,6$ ve Altundağ çalışmasında 8.11 ± 3.90 olarak belirlemiştir (Can, 2022; Açmaz vd., 2014; Yeni,2021; Büyükkaplan,2022; Altundağ vd.,2019). Konu ile ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmada ise deney grubunda PUKİ puan ortalaması 14.85 ± 1.23 olarak saptanırken, kontrol grubunda 15.20 ± 0.92 olduğu belirlenmiştir (Gürler,2017). Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise menopoz dönemindeki kadınların PUKİ puan ortalamaları 3.6 ± 2.3 olarak belirlenmiştir (Kim vd.,2018). Bu durum kötü uyku kalitesinin yaygınlığı etnik gruplar arasında farklılık göstermekle birlikte Asya popülasyonlarında daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Kim vd.,2018). Menopoz dönemindeki kadınların yaklaşık %40-60'ı uyku sorunu yaşamakta olup gece terlemesi ve sıcak basması gibi vazomotor semptomlar ile emosyonel problemlerin gece çok sık uyanma, derin uyuyamama, sabahları istemsiz uyanma, uykuda kaldıkları süreyi kısaltmakta ve uyku kalitesini de olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. (Şahin vd.,2022; Xu vd.,2014; Yalçınkaya,2022). Nitekim çalışmamızda da Beck Depresyon ölçeği ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi arasında ($r=0.262$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Literatür bulgularının çalışma sonuçlarımızı desteklediği görülmekle birlikte farklı sonuçların elde edilmesinin nedeninin ölçek ve örneklem farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda MÖYKÖ toplam puan ortalaması 4.01 ± 1.33 , MÖYKÖ alt puanlarına baktığımızda fiziksel alan ortalamasının 3.63 ± 1.29 , cinsel alan ortalamasının 3.27 ± 1.93 , vazomotor alan ortalamasının 4.21 ± 1.68 ve psikososyal alan ortalamasının 3.47 ± 1.50 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Gümüşay ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında MÖYKÖ toplam puan ortalaması 3.81 ± 0.95 , MÖYKÖ'nün fiziksel alt alan puan ortalaması 4.16 ± 1.06 , cinsel alt alan puan ortalaması 3.43 ± 1.59 , vazomotor alt alan puan ortalaması 3.40 ± 1.61 ve psikososyal alt alan puan ortalaması 3.34 ± 1.32 olup bulgularımızı destekler niteliktedir (Gümüşay vd., 2019). Sarı da çalışmasında MÖYKÖ toplam puan ortalaması 3.98 ± 0.628 olup fiziksel alan alt boyutundan 3.82 ± 0.613 puan ,

cinsel alan alt boyutundan 4.74 ± 1.658 , vazomotor alan alt boyutundan 3.89 ± 1.961 puan ve psikososyal alan alt boyutundan 4.05 ± 1.591 puan aldıkları saptanmıştır (Sarı,2021). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde İşkan tarafından yapılan bir çalışmada MÖYKÖ puan ortalaması 3.45 ± 1.19 , fiziksel alan alt boyut puan ortalaması 3.47 ± 1.37 , cinsel alan alt boyut puan ortalaması 4.00 ± 2.16 , vazomotor alan alt boyut puan ortalaması 3.54 ± 2.32 ve psikososyal alan alt boyut puan ortalaması 2.77 ± 1.35 , olarak belirlenmiştir (İşkan,2021). Çin'de yapılan bir çalışmada ise fiziksel alan puan ortalaması 3.40 ± 1.10 , cinsel alan puan ortalaması 3.36 ± 1.90 , vazomotor alan puan ortalaması 3.15 ± 1.57 ve psikososyal alan puan ortalaması 3.17 ± 1.33 olarak bulunmuştur (Nie vd.,2017). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Kim çalışmasında MÖYKÖ puan ortalamasını 2.88 ± 1.26 olarak tespit etmiştir (Kim, 2018). Yaşam kalitesi çeşitli faktörlerden etkilenebilecek bir parametre olması nedeniyle çalışmalarda ortalama puanların değişiklik göstermesi olağan bir durum olup verilerimiz menopozun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği göstermektedir. Sonuçların kadınların menopoz döneminde yaşam kalitesini sürdürebilmeleri için yaşayacakları fiziksel, emosyonel ve uyku problemleri karşısında etkili baş etme yöntemlerini öğrenme ve kullanması gerekliliğini ortaya koyması bakımından oldukça önemlidir.

Çalışmamızda BDÖ puan ortalamaları; lise mezunu olanların (20.30 ± 12.46) ve çalışma durumu serbest meslek olanların (28.17 ± 9.83) diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.). Bener de çalışmasında bulgularımızı destekler nitelikte lise mezunlarının ve serbest çalışanların depresyon oranlarını daha yüksek bulmuştur (Bener, 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma sosyal gerginlik, olumsuz yaşam olayları, finansal stres, düşük gelir, akut ağrı ve daha fazla sayıda kronik tıbbi durum dahil birçok stres faktörlerinin menopoz döneminde kadınlarda daha yüksek düzeyde depresyon semptomları ile ilişkili bulunmuştur (Uebelacker vd., 2013). Literatürden farklı çalışma sonuçlarımız kadınların farklı kültürel özelliklere sahip olması ve depresyonu etkileyen faktörlerin kişiden kişiye değişiklik göstermesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca diğer çalışma grubundaki kadınların kendi sosyal alanlarında akranları ile semptomlara yönelik paylaşımları ve kendi aralarında oluşturdukları sosyal destekle emosyonel problemleri daha kolay tolere ettiği düşünülmektedir.

Katılımcıların PUKİ puan ortalamaları; sürekli ilaç kullananların (10.18± 2.82) sürekli ilaç kullanmayanlara (9.13±3.04) göre PUKİ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.4). Çin’de yapılan bir çalışmada uyku bozukluğuna ilişkin önemli risk faktörleri arasında ileri yaş ve kronik hastalık geçmişi yer aldığı belirlenmiştir (Sun vd.,2014). Kim’in çalışması bulgularımızı destekler nitelikte olup hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan menopozlu kadınların PUKİ puan ortalamalarının daha yüksek olarak belirlenmiştir (Kim,2018).

Çalışmamızda MÖYKÖ puan ortalamaları; kronik hastalığı olanlarda (4.39±1.42), sürekli ilaç kullananlarda (4.13±1.32), tedavi alanlarda (4.48±1.30); fiziksel alan puan ortalamaları; serbest meslek sahiplerinde (4.05±1.22), kronik hastalığı olanlarda (3.91±1.20), sürekli ilaç kullananlarda (3.93±1.21); cinsel alan puan ortalamaları; serbest meslek sahiplerinde (4.00±1.80), kronik hastalığı olanlarda (3.64±2.01), sürekli ilaç kullananlarda (3.64±2.01); vazomotor alan puan ortalamaları; kronik hastalığı olanlarda (4.49±1.62), sürekli ilaç kullananlarda (4.53±1.62), cerrahi yolla menopoza girenlerde (4.56±1.57), tedavi alanlarda (4.58±1.60); psikososyal alan puan ortalamaları; lise mezunu (3.77±1.54), serbest meslek sahiplerinde (4.65±1.23), kronik hastalığı olanlarda (3.65±1.36), cerrahi yolla menopoza girenlerde (3.82±1.57); diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.5.). Kurt’un yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan kadınların,menopoz semptomlarını daha fazla yaşadığı,yaşam kalitesinin düştüğünü belirtilmiştir (Kurt, 2020). Yapılan çalışmalar da sonuçlarımızı destekler nitelikte olup eğitim durumu arttıkça ve çalışan kadınlarda MÖYKÖ puan ortalamaları artmaktadır (Özkan,2004; Kouindi,2006; İşkan,2021; Gümüşay, 2019; Abdullah vd., 2017). İşkan’ın çalışmasında cerrahi yolla menopoza girenlerin doğal yolla menopoza giren kadınlara göre MÖYKÖ ve alt puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken, Gümüşay’ın çalışmasında farklı olarak doğal yolla menopoza giren kadınların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (İşkan, 2021;Gümüşay, 2019). Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri, coğrafi koşullar bu konuda farklılıklar oluşturabilir görüşündeyiz. Vietnam’da yapılan bir araştırma da bulgularımızı destekler nitelikte olup, menopoz öncesi ve sonrası kadınlara yaşam kalitelerini artırmak ve depresif belirtiler riskini azaltmak için sağlık rehberliği sağlamada psikososyal faktörleri, yaşam tarzını ve

kronik hastalık yönetimini dikkate almanın önemini vurgulamaktadır (Wang vd.,2013; Keye vd.,2023).

Çalışmamızda BDÖ, PUKİ, MÖYKÖ ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.6). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar bulgularımızı destekler nitelikte olup özellikle bu dönemdeki vazomotor yakınmaların depresyon ve uyku kalitesi problemlerini dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Gözüyeşil,2016; Regestein vd.,2015; Park vd.,2018; Schneider vd.,2017; Erkin vd.,2016; de Kruif,2015; Kim,2018; Sun vd.,2014; Voursora vd., 2015).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki menopozal semptomlar kadınların uyku, ruhsal durum ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler kadınlarda menopozal döneme ait durumların saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır. Bu yüzden halk sağlığı hemşirlerinin eğitici ve destekleyici rolü menopoz dönemi için daha bir ön plana çıkmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma menopoz döneminde depresyon, uyku problemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin amacı ile yapılmış olup aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 54.50 ± 9.66 olduğu,
- Çalışmaya katılan kadınların menopoza girme yaş ortalamasının 46.81 ± 5.63 olduğu,
- Doğal yolla menopoza girme oranının %60.0 olduğu,
- Menopoz yakınmaları için %72'sinin tedavi almadığı,
- Beck depresyon ölçeğinin ortalamasının 17.57 ± 11.54 ,
- Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ortalamasının 9.73 ± 2.96 ,
- Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 4.01 ± 1.33 olduğu,
- Eğitim durumu lise olan katılımcıların ilköğretim olan katılımcılara, serbest meslek olan katılımcıların ev hanımı, işçi ve memur olan katılımcılara göre beck depresyon puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu,
- Sürekli ilaç kullanan katılımcıların Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puanlarının, kullanmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu,
- Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puan ortalaması 4.01 ± 1.33 , alt ölçekleri olan vazomotor alan ortalamasının 4.21 ± 1.68 , psikososyal alan ortalamasının 3.47 ± 1.50 , fiziksel alan ortalamasının 3.63 ± 1.29 ve cinsel alan ortalamasının 3.27 ± 1.93 olduğu,
- Beck depresyon ile Pittsburgh uyku kalitesi arasında ($r=0.262$, $p<0.05$), vazomotor alan arasında ($r=0.215$, $p<0.05$), psikososyal alan arasında ($r=0.362$, $p<0.05$), fiziksel alan arasında ($r=0.278$, $p<0.05$) ve cinsel alan arasında ($r=0.208$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz;

- Menopoz dönemindeki kadınların depresyon ve uyku problemlerinin başlıca tespit, danışmanlık ve baş-etme yöntemi hizmetlerinin sağlandığı, yaşam kalitelerinin artırılmasının amaçlandığı premenopoz ve postmenopoz eğitim programlarının düzenlendiği menopoz poliklinikleri yaygınlaştırılmalıdır. Bu polikliniklerle birlikte kurulacak olan Menopoz Okullarında kadınların, menopoz dönemindeki diğer kadınlarla iletişim kurarak birbirleriyle tecrübe aktarımı yapmaları, birbirlerine sosyal yönden de destek olmaları sağlanmalıdır.
- Depresyon ve uyku problemlerine yönelik değerlendirme ve danışmanlık hizmetleri yapılırken kadınların sosyodemografik risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Depresif belirtiler gösteren kadınların uygun sevkı sağlanmalı ve bu problemlerle baş etme becerilerinin kazandırılması için danışmanlık verilmelidir.
- Menopoz kadın hayatının doğal bir dönemi olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeterli düzeyde yer almamıştır. 15-49 yaş kadın izlemlerinin yanında menopoz sürecinin tıpkı gebeliklerde olduğu gibi sıkı bir takiple izlenmesi sağlanmalıdır. Kronik hastalığı olan kadınların menopoz dönemi öncesinde tespiti yapılarak kronik hastalık yönetimi sağlanmalı, menopoz dönemi hakkında bilgilendirilmeleri yapılarak, kadınların menopoz sürecinde yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesi önlenmelidir.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında menopoz döneminde sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, cinsel hayat ile ilgili yaşanabilecek değişiklikler ve çözümleri hakkında bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Verilen danışmanlıkların sadece birey özelinde değil toplum tabanlı olması sağlanmalıdır. Böylelikle kadınlar yaşadıkları değişimler ile birlikte sosyal ortamlarına da daha kolay adapte olacaktır.
- Hemşirelik lisans eğitimindeki menopoz ile ilgili müfredatın genişletilmesi ve uygulama eğitimlerinde daha çok önem verilmesi sahadaki değişime katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Abdullah B, Moize B, Ismail BA, Zamri M, Mohd Nasir NF. Prevalence of menopausal symptoms, its effect to quality of life among Malaysian women and their treatment seeking behaviour. *Med J Malaysia*. 2017 Apr;72(2):94-99

Abiç, A., Yılmaz, D.V. (2020). Menopoz semptomlarına yoganın etkisi. *J Tradit Complem Med.*, 3(2),217-23. Doi: 10.5336/Jtracom.2019-72295.

Açmaz, G., Albayrak, E., Aksoy, H., Başer, M., Soyak, M., Zararsız, G., ve Müderis, İ. (2014). Cerrahi menopozlu hastaların depresyon anksiyete ve uyku kalitesi sıklığı açısından araştırılması. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(1), 22-28.

Afshari,P., Manochehri, S., Tadayon, M., Kianfar, M., Haghighizade, M. (2015). Prevalence of depression in postmenopausal women. *Jundishapur J.Chronic Dis. Care.*, 4,e27521

Ağan, K., Özmerdivenli, R., Değirmenci, Y., Çağlar, M., Başbuğ, A., Balbay, E. G., & Sungur, M. A. (2015). Evaluation of sleep in women with menopause: results of the Pittsburg Sleep Quality Index and polysomnography. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 16(3), 149.

Ağargün, M.Y., Kara, H., Anlar, Ö. (1996). The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 107-115.

Ağralı C. (2021). *Menopoz dönemindeki kadınların sezgisel yeme ve depresyon düzeyi arasında ilişki*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi.

Albert, P.R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *J. Psychiatry Neurosci*, 40(4),219–221

Algül, A., Tütüncü, R., Balibey, H., Ateş, A., Başoğlu, C., Özşahin, A. (2015). Postmenopozal majör depresif bozuklukta klinik gidiş ve yaşam olayları ilişkisinin araştırılması: Vaka kontrollü açık uçlu çalışma. *Gulhane Medical Journal*, 57(3), 211-5.

Alpaslan, M. (2018). *Menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Ordu: Ordu Üniversitesi.

Altundağ, H., Şahin, S. (2019). Menopozal dönemdeki kadınlarda huzursuz bacak sendromunun görülme sıklığı, yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6, 62-73.

Ameratunga, D., Goldin, J., Hickey, M. (2012). Sleep disturbance in menopause. *Climacteric*, 42, 742-7.

Australian Menopause Society (2022). <https://www.menopause.org.au/hp/gp-hp-resources/diagnosing-menopause> (Erişim Tarihi: 03.09.2023).

Aygün, M.S. (2019). *Ankara Üniversitesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran 40-64 yaş arası kadınlarda menopoz ve depresyon semptomlarının sıklıklarının ve ilişkilerinin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.

- Baker F.C. (2023). Optimizing sleep across the menopausal transition. *Climacteric*, 26(3), 198-205.
- Baker, F.C., Lee, K.A. (2018). Menstrual cycle effects on sleep. *Sleep Med Clin*, 13(3), 283-94.
- Batır, S. (2018). *Menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi* (Master's thesis, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Bener, A., Saleh, N. M., Bakir, A., & Bhugra, D. (2016). Depression, anxiety, and stress symptoms in menopausal Arab women: Shedding more light on a complex relationship. *Annals of medical and health sciences research*, 6(4), 224-231.
- Bıldırcın, F.D., Özdeş, E.K., Karlı, P., Özdemir, A. Z., Kökçü, A. (2020). Does type of menopause affect the sex lives of women?. *International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e921811. <https://doi.org/10.12659/MSM.921811>
- Bonafide Health, L.L.C. (2021). *The state of menopause survey*. https://cdn.shopify.com/s/files/1/0011/8590/6751/files/Bonafide_State_of_Menopause.pdf?v=1624280664 (Erişim Tarihi: 11.06.2023).
- Bromberger, J.T., Matthews, K.A., Kuller, L.H., Wing, R.R., Meilahn, E.N., Plantinga, P. (1997). Prospective study of the determinants of age at menopause. *American Journal of Epidemiology*, 145 (2), 124-133.
- Bruyneel, M. (2015). Sleep disturbances in menopausal women: aetiology and practical aspects. *Maturitas*, 81, 406-9
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Büyükkaplan, B. (2022), *Menopozal sıcak basması yaşayan kadınlarda soğuk ped uygulamasının menopozal sıcak basması ve uyku kalitesine etkisi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Can, B. (2022). *Klinik pilates eğitimi ile aerobik egzersiz eğitiminin menopoz semptomlarına, yaşam kalitesi, uyku ve depresyon üzerine olan etkisinin karşılaştırması* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Cagnacci, A., Sclauzero, M., Meriggiola, C., Xholli, A. (2020). Lower urinary tract symptoms and their relation to vaginal atrophy in women across the menopausal age span. Results from the ANGEL multicentre observational study. *Maturitas*, 140, 8-13.
- Carmody, J.F., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leung, K., Churchill, L., Olendzki, N. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *J. Menopause*, 18(6), 611-620.
- Cassou, B., Derriennic, F., Monfort, C., (1997). Dell'accio, touranchet a, risk factors of early menopause in two generations of gainfully employed french women. *Maturitas*, 26, 165-174.
- Ceylan, B., Özerdoğan, N. (2015). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Turkish Journal of obstetrics and Gynecology*, 12(1), 43-49.

Converso, D., Viotti, S., Sottimano, I., Loera, B., Molinengo, G., Guidetti, G. (2019). The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study among nurses. *BMC Women's Health*, 19(1), 1-12.

Çelik, F.H., Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.

Çetin, Ö.E., Eroğlu, K. (2015). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 219-225.

Çoban, T., Özvarış, Ş.B. (2017). 18 Ekim Dünya Menopoz Günü-Hacettepe Üniversitesi tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı toplu için bilgilendirme serisi-183. <http://www.halk.sagligi.hacettepe.edu.tr/> (Erişim Tarihi: 19.08.2023).

Çulha, Ş.B. (2020). *Kadınlarda menopoz semptomlarına ilişkin farkındalık düzeyi ve sağlık kurumlarına başvuru sıklığının araştırılması*. Tıpta uzmanlık tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

De Kruif, M., Spijker, A.T., Molendijk, M.L. (2016). Depression during the perimenopause: A Meta-analysis. *J. Affect Disord.*, 206, 174–180.

Demirci, H. (2015). *Menopoz: Olgularla jinekolojik hastalarda bakım*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Demirel, Ö. B., Tuğba, Ö., Gürkan, Ö. C. (2022). Menopoz semptomlarının yönetiminde fitoterapi: Kanıt temelli uygulamalar ne söylüyor? *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 3(3), 64-78.

Diñçer, C.S., Çağlar, G.S. (2016). Menopoz multidisipliner yaklaşım. İstanbul: Modern Tıp Kitabevi.

Dişli, B., Kaydırak, M.M., Şahin, N.H. (2022). Kadınların menopoz semptomları ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 21-29.

Duman, M. (2016). *Postmenopozal dönemdeki kadınlara verilen uyku hijyeni eğitimi ve gevşeme egzersizinin uyku kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi.

Duman, M. ve Taşhan, T. S. (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12650.

Duran, A.D. ve Sinan, Ö. (2020). Doğal ve cerrahi menopoza giren kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının ve depresyon durumlarının belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 150-156.

Dündar, T., Aksu, H. (2021). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptom ve tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14 (2), 134-140 . Doi: 10.46483/deuhfed.762012.

Elkins, G., Otte, J., Carpenter, J.S., Roberts, L., Jackson, L.S., Kekecs, Z., Keith, T.Z. (2021). Uyku bozukluğu için hipnoz müdahalesi: Menopoz sonrası kadınlar için optimal dozun ve uygulama yönteminin belirlenmesi. *Uluslararası Klinik ve Deneysel Hipnoz Dergisi*, 69(3), 323-345.

Engin, B., Aydın Kartal, Y. (2020). Menopozal semptomlar ile başetmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(2), 80-87.

Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4),1095-113.

Ertekin Pınar Ş, Polat Ş. Menopoz döneminde olan kadınların evlilik uyumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2020;8(2):246– 57.

European Menopause and Andropause Society (EMAS). <https://www.emas-online.org/> (Erişim Tarihi: 03.09.2023).

Fışkın, G., Şahin, N. H. ve Kaya, İ. G. (2017). Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *JAREN*, 3(3), 122-128.

Fionna, U., Negara, S.D., Simandjuntak, D. (2018). *Aspirations with limitations: Indonesia's foreign affairs under Susilo Bambang Yudhoyono*. ISEAS:Yusof Ishak Institute.

Freeman, E.W., Sammel, M. D. (2016). Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: evidence from the penn ovarian aging cohort. *Menopause*, 23, 942-949.

Fu, J.-X. Luo, Y., Chen, M.Z., Zhou, Y.H., Meng, Y.T., Wang, T., Qin, S., Xu, C. (2020). Associations among menopausal status, menopausal symptoms, and depressive symptoms in midlife women in Hunan Province, China. *Climacteric*, 23(3), 259-266.

Gandhi, J., Chen, A., Dagur, G., Suh, Y., Smith, N., Cali, B., Khan, S.A. (2016). Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 704-711. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.045.

Garip, Y., Eser, F., Sayın, S., Bodur, H., Çavuşoğlu, M. (2015). Pain and quality of life in postmenopausal osteoporotic women without vertebral fractures. *Gaziantep Med J.*, 21:99-103.

Gaston, S.A., Park, Y.M., McWhorter, K.L., Sandler, D.P., Jackson, C.L. (2019). Multiple poor sleep characteristics and metabolic abnormalities consistent with metabolic syndrome among white, black, and Hispanic/Latina women: modification by menopausal status. *Diabetol Metab Synd.*, 11, 17-23.

Görmüş, Y. (2017). *Menopoz semptomlarının cinsel yaşam ve evlilik uyumu üzerine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

Gözüyeşil, E., Başer, M. (2016). Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 261-268

Green, J., Czanner, G., Reeves, G., Watson, J., Wise, L., Roddam, A., Beral, V. (2012). Menopausal hormone therapy and risk of gastrointestinal cancer: nested case-control study within a prospective cohort, and meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 130(10), 2387-2396.

Güler, K. (2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve menopozal tutumlarının değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Gümüşay, M., Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2, 96-109.

Gündüz, S. (2019). *Menopoza giren kadınlar ile menopoza girmeyen kadınların benlik saygısı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Gür, Ö. (2021). Postmenopozal kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlıklı yeme indeksinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Trakya. Trakya Üniversitesi.

Gürler, M., Kızılırmak, A., & Başer, M. (2017). *Menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uyku ve yaşam kalitesine etkisi* (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).

Harper, J.C., Phillips, S., Biswakarma, R. (2022). An online survey of perimenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. *Womens Health (Lond Engl)*, 18, PMID: 35758176.

Hashemian, S.S., Masom-Alipour, S., Najimi, A. (2020). Improving menopausal symptoms and reducing depression in postmenopausal women: Effectiveness of transferring experiences in group education. *J. Educ Health Promot.*, 26(9), 318-326.

Hidayet, N.M., Sharaf, S.A., Aref, S.R., Maubarak, I.I. (1999). Correlates of age at natural menopause. *East Mediterr Health J.*, 5 (2), 307-19.

Hildreth, K.L., Ozemek, C., Kohrt, W.M. (2018). Vascular dysfunction across the stages of the menopausal transition is associated with menopausal symptoms and quality of life. *Menopause*, 25(9),1011–1019.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23, 3-13.

Hooper, S.C., Marshall, V.B., Becker, C.B. (2022). Mental health and quality of life in postmenopausal women as a function of retrospective menopause symptom severity. *Menopause*, 29(6),707-713.

Ibn Bashar, M., Kawsar, A., Uddin M.S., Farzana, A., Emran, A.A., Chakraborty, A. (2017). Depression and quality of life among postmenopausal women in bangladesh: A cross-sectional study. *J. Menopausal Med.*, 23, 172–181.

International Menopause Society (IMS) (2023). <https://www.imsociety.org/> (Erişim Tarihi: 03. 09. 2023).

Johnson, A., Roberts, L. ve Elkins, G. (2019). Complementary and alternative medicine for menopause. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 24, 2515690X19829380.

Ju-Kim, M., Yim, G., Park, H.Y. (2018). Vasomotor and Physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *PLoS One*, 13(2), 1-19.

Jung, S.J., Shin, A., Kang, D. (2015). Hormone-related factors and post-menopausal onset depression: results from KNHANES (2010-2012). *J. Affect Disord.*, 175,176-83.

Kahyaoğlu Süt, H., Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarda cinsel yaşam kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 51-68.

Kalkan, B., Nasibova, A., Erol, M.F., Boyraz, M., Ok, M.O., Musabalievi, T. (2018). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Anabilim Dalında Kemik dansitometre ölçümü yaptıran hastaların test sonuçlarının osteoporoz risk faktörleri ile ilişkilendirme.* http://kdt.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/815/2023/02/2018-2019-PROJE_Grup_25.pdf (Erişim Tarihi: 22.11.2023).

Kalra, S.G., Aggarwal, S., Pawaria, S., Yadav, P. (2023). Psychological health of postmenopausal women: a bibliometric analysis in the recent decade. *Climacteric*, 26(5),428-436.

Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A., Das, S. (2017). Quality of life among menopausal women: A community based study in a rural area of west bengal. *Journal Of Mid-Life Health*, 8(1), 21-27.

Kazemzadeh, R., Nikjou, R., Rostamnegad, M., Norouzi, H. (2016). Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: A crossover randomized clinical trial. *Journal of the Chinese Medical Association*, 79(9), 489-492.

Kaur N, Malla VG, Gupta S. Serum estradiol level and postmenopausal symptoms in surgical and natural menopause. 2017. 2017;6(9):4

Keye C., Varley, J., Patton, D. (2023) The impact of menopause education on quality of life among menopausal women: a systematic review with meta-analysis. *Climacteric*, 26(5), 419-427.

Kharbouch, S.B., Şahin, N.H. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İ.Ü.F.N.H.Y.O Hemşirelik Dergisi*, 59(15), 82-89.

Kim, H.K., Kang, S.Y., Chung, Y.J., Kim, J.H., Kim, M.R. (2015). The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. *Journal of Menopausal Medicine*, 21(2), 65-71. doi: 10.6118/jmm.2015.21.2.65.

Kim M-J, Yim G, Park H-Y (2018) Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *PLoS ONE* 13(2): e0192934

Koundi KL, Christodoulakos GE, Lambrinouadaki IV, Zervas IM, Spyropoulou A, Fexi P, et al. Quality Of Life And Psychological Symptoms In Greek Postmenopausal Women: Association With Hormone Therapy. *Gynecol Endocrinol* 2006; 22: 660-668

Koyuncu T. Beylikova’da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı, menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2015.

Kökkaya, D. (2018). Klimakterik dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal desteğin menopozal tutum ve yakınmalar üzerine etkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi.

Kurt G, Arslan H. Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Medical Journal*. 2020;45(3):910–2

Kurt, G., Öztürk, G. Z., & Kurt, G. B. (2023). Menopozal Dönemdeki Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Arasında İlişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 27(4), 77-87.

Mahdavian, M., Najmabadi, K.M., Hosseinzadeh, H., Mirzaeian, S., Aval, S.B. ve Esmaeeli, H. (2019). Effect of the mixed herbal medicines extract (Fennel, Chamomile, and Saffron) on menopause syndrome: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(3), 181-189

Maki, P.M., Kornstein, S.G., Joffe H., Bromberger, J.T., Freeman, E.W., Athappilly, G., Bobo, W.V., Rubin, L.H., Koleva, H.K., Cohen, L.S., Soares, C.N. (2019). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: Summary and recommendations. *J. Womens Health*, 28(2),117-134.

Maki, P.M., Kornstein, S.G., Joffe, H. (2018). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause*, 25(10),1069-1085.

March P, Pilgrim J. Evidence-Based care Sheet: *Menopause: Decision process regarding treatment options*. glendale, cA: cinahl information Systems; 2018

Mauas, V., Kopala-Sibley D.C., Zuroff, D.C. (2014). Depressive symptoms in the transition to menopause: The roles of irritability, personality vulnerability and self-regulation. *Arch Womens Ment Health*, 17, 279-289.

McLeod, G., Cleland, L., Welch, J., Spittlehouse, J., Fenton, A., Boden, J., Horwood, L. (2022). Menopause status and climacteric symptoms in a birth cohort of mid-life New Zealand women. *Climacteric*, 25(3), 271-277.

Mehaseb, S.H., Omran, A.A.H., Gafer, H.A. (2018). Assessing the effect of menopausal symptoms on women’s quality of life. *Egyptian Journal of Health Care*, 9(2), 75-86.

Mehrpooya, M., Rabiee, S., Larki-Harchegani, A., Fallahian, A. M., Moradi, A., Ataei, S., Javad, M. T. (2018). A comparative study on the effect of “black cohosh” and “evening primrose oil” on menopausal hot flashes. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 36-45.

Muka, T., Oliver-Williams, C., Kunutsor, S., Laven, J. S., Fauser, B. C., Chowdhury, R., Franco, O. H. (2016). Association of age at onset of menopause and time since onset of menopause with cardiovascular outcomes, intermediate vascular traits, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Cardiology*, 1(7), 767-776.

Mumcu Boğa, N. (2013). Cerrahi menopozdaki kadınlara roy adaptasyon modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 1, 25-29.

NAMS (2020). Chapter 6: Complementary and alternative medicine. <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-6-complementary-and-alternative-medicine> (Erişim Tarihi: 27.09.2023).

Nappi, R.E., Kroll, R., Siddiqui, E., Stoykova, B., Rea, C., Gemmen, E., Schultz, N.M. (2021). Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*, 28(8), 875–882.

National Center for Complementary and Integrative Health NCCIH. (2017). *Menopausal symptoms: In depth*. <https://www.nccih.nih.gov/health/menopausal-symptoms-in-depth>. (Erişim Tarihi: 03.08.2023).

National Institute For Health And Care Excellence Guideline (NICE) (2015). Menopause: Diagnosis and management (NG23). <http://nice.org.uk/guidance/ng23> (Erişim Tarihi: 09.09.2023).

National Institute for Health and Care Excellence. (NICE) (2022). <https://www.nice.org.uk/glossary?letter>. (Erişim Tarihi: 09.09.2023).

Nazik, E. (2022). Doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, klimakteryum ve menopoz. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

NICE (2023). *Guideline, Menopause: Diagnosis and management*. www.nice.org.uk/guidance/ng23 (Erişim Tarihi: 03.09.2023).

Nie, G., Yang, H., Liu, J., Zhao, C., & Wang, X. (2017). Psychometric properties of the Chinese version of the Menopause-Specific Quality-of-Life questionnaire. *Menopause*, 24(5), 546-554.

North American Menopause Society (NAMS). (2023). <https://www.menopause.org/publications/professional-publications/position-statements-other-reports> (Erişim Tarihi: 03.09.2023).

North American Menopause Society (2019). *Menopause practice: A clinician's guide*. Mayfield Heights (OH): North American Menopause Society.

Onya, O.N., Otokpa, C. (2018). Prevalence and socio-demographic determinants of depression in women: A comparison between pre-menopausal and post-menopausal attendees of the general outpatient department in Fmc Lokoja. *Open Journal of Depression*, 7(3), 51-59.

Orhan, İ. (2020). Menopozal kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi.

OWH (2019). Menopause basics. <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-basics> (Erişim Tarihi: 17.06.2023).

Özcan, H., Oskay, Ü., Bodur, A.F. (2019). Effects of kefir on quality of life and sleep disturbances in postmenopausal women. *Holist Nurs Pract.*, 33:207–213.

Özcan, H. (2019). Healthy life style behaviors and quality of life at menopause. *Int J Caring Sci.*, 12:492–500.

Özdamar, K. (2015). *Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Ankara: Nisan Kitabevi.

Özdemir, Ö.Ç., Uysal, M.F. (2019). Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 103 20–26.

Özdemir, A., Kavak, F. (2020). Menopoz dönemindeki kadınların psikolojik iyi oluşları ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(2), 787-791.

Özer, Ü., Gözükar, F. (2016). Şanlıurfa’da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-26.

Özkan S, Alataş E, Zencir M. Premenopozal ve Postmenopozal Dönem Kadınlarda Yaşam Kalitesi. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, İzmir, 2004. ss:38-43.

Öztürk Eyimaya, A. (2019). *Meleis'in Geçiş Teorisine göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza özgü yaşam kalitesine etkisi*. Yayımlanmamış doktora tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.

Özyürek, F. (2020). *Postmenopozal kadınlarda serum ferritin düzeyinin beslenme ve obezite ile ilişkisinin araştırılması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.

Palma, F., Fontanesi, F., Facchinetti, F., Cagnacci, A. (2019). Acupuncture or phy(F)toestrogens vs. (E)strogen plus progestin on menopausal symptoms. A randomized study. *Gynecological Endocrinology*, 35(11), 995-998.

Papazisis, G., Tsakiridis, I., Ainatzoglou, A. (2022). Prevalence of postmenopausal depression and associated factors: a web-based cross-sectional study in Greece. *Maturitas*, 156, 12-17.

Park, H., Kim, K. (2018). Depression and its association with health-related quality of life in postmenopausal women in Korea. *J. Environ Res Public Health.*, 15(11), 23-27.

Park, H., Kim, K. (2018). Depression and its association with health-related quality of life in post menopausal women in Korea. *J.Environ.Res.PublicHealth*, doi. org/10.3390/ijerph15112327.

Pınar, Ş.E., Yıldırım, G., Duran, Ö., Cesur, B. (2015). A problem peculiar to women: Mental health in menopause Kadına özgü bir sorun: Menopozda ruh sağlığı. *Journal of Human Sciences*, 12(2), 787-98.

Pinkerton, J.V., Sánchezaguirre, F., Blake, J., Cosman, F., Hodis, H. N., Hoffstetter, S., Utian, W.H. (2017). The 2017 hormone therapy position statement of the north American Menopause Society. *Menopause*, 24(7), 728–753. doi: 10.1097/GME.0000000000000921.

Polat, F., Geçici, F. (2021). Menopoz dönemindeki kadınların gözüyle menopoz: Nitel bir araştırma örneği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 809-817.

Praveena, S.M., Asha, G., Sunita, M., Anju, J., Ratna, B. (2018). Yoga offers cardiovascular protection in early postmenopausal women. *International Journal of Yoga*, 11(1), 37-43.

RCN. (2017). Menopause RCN guidance for nurses, midwives and health visitors. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-006329> (Erişim Tarihi: 21.06.2023).

Regestein, Q., Friebely, J., Schiff, I. (2015). How self-reported hot flashes may relate to affect, cognitive performance and sleep. *Maturitas*, 81(4), 449-455.

Saensak, S., Vutyavanich, T., Somboonporn, W., Srisurapanont, M. (2013). Effectiveness of a modified version of the applied relaxation technique in treatment of perimenopausal and postmenopausal symptoms. *International Journal of Women's Health*, 5, 765-771.

Sarı, A. S. *Erken ve normal yaş aralığında menopoza giren kadınların yaşam kalitelerinin incelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).2021

Safiye ,G.Y. (2022). *Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek,anksiyete düzeyi ve yaşam kalitesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Çankırı: Karatekin Üniversitesi.

Schneider, H.P., Birkhäuser, M. (2017). Quality of life in climacteric women. *Climacteric*, 20, 187-94.

Seyisoğlu, H. Gezer, A. (2014). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. içinde (s. 360-362). *Klimakterium ve menopoz*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Shaver, J.L., Woods, N.F. (2015). Sleep and menopause: A narrative review. *Menopause*, 22(8), 899-915.

Shen, M. J., Redd, W. H., Winkel, G., Badr, H. (2014). Associations among pain, pain attitudes, and pain behaviors in patients with metastatic breast cancer. *J. Behav Med.*, 37(4),595-606.

Smail, L., Jassim, G. ve Shakil, A. (2019). Menopause-specific quality of life among Emirati women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 4-48.

Sözer, G.A., Emel, E. (2021). Menopoz semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitesini artırmak: ilerleyici kas gevşeme egzersizleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 179-188.

Sun D, Shao H, Li C, Tao M. Sleep disturbance and correlates in menopausal women in Shanghai. *J Psychosom Res.*2014; 76:237±241

Şahan, Ö. Oskay, Ü. (2021). Postmenopozal dönemde uyku değişiklikleri ve yönetimi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(4), 350-359

Şahin, E., Oskay, Ü. (2022). *Menopoz tanımı ve terminoloji. Heryönü ile menopoz*. Antalya: Nobel Kitabevi.

Şahin N.H. (2015). *Klimakteryum dönemi ve menopoz. Kadın sağlığı ve hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Menopoz*. <https://zekaitahir.saglik.gov.tr/TR,48920/menopoz.html> (Erişim Tarihi: 11.11.2023).

Tanırdı, A. (2016). Menopoz ve kardiyovasküler hastalıklar. (Editör: Dinçer Cengiz, S., Çağlar, G.S.) içinde (SS. 65-78). *Menopoz multidisipliner yaklaşım*. İstanbul: Modern Tıp Kitabevi.

Taşkın, L. (2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Kadın hayatının devreleri*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi

Taşkın, L. (2012). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, kadın hayatının devreleri*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Taşkıran, G., Özgül, S. (2021). Individual characteristics associated with menopausal symptom severity and menopause-specific quality of life: A rural perspective. *Reprod Sci.*, 28, 2661–2671.

Taylor, H.S., Pal, L., Emre, S. (2019). *Reproductive aging, menopause transition, and menopause hormone therapy*. In: *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 9th ed. Williams & Wilkins: Lippincott.

The Nams (2017). The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 24(7), 728-753.

The North American Menopause Society (NAMS) (2020). *Chapter 1: Menopause*. <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-1-menopause> (Erişim Tarihi: 10.03.2023).

The North American Menopause Society (2021). Menopause 101: A primer for the perimenopausal, <https://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/menopause-101-a-primer-for-the-perimenopausal> (Erişim tarihi: 15.09.2023).

Tıraş, M.B., Demir, S.C. (2014). *Current güncel obstetrik ve jinekoloji tanı ve tedavi*. İzmir: Güneş Tıp Kitabevleri.

TNSA (2018). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Tozlu, F. (2019). *Doğal menopoz, cerrahi menopoz ve erken menopozun yaşam kalitesi, cinsel fonksiyonlar ve depresyon düzeylerine etkisi: The effect of naturel menopause, surgical menopause and premature menopause on life quality, sexual functions and depression*. Tıpta uzmanlık tezi..Sakarya Üniversitesi

Tunçarslan, N. (2019). *Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopoz semptomlarına etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Erzincan: Binali Yıldırım Üniversitesi.

Tümer, A., Kartal, A. (2018). The relation between women's attitudes towards menopause and their menopausal complaints. *Pam Med. J.*, 11(3), 337-346.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2018). *Osteoporoz ve metabolik kemik hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu*. <http://temd.org.tr/> (Erişim Tarihi: 18.03.2023).

Türkiye Gerontoloji Serisi (2023). *İkinci Türkiye yaşlılık raporu. İlgi, ihtimam ve bakım*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Uludağ, A., Güngör, A.N.Ç., Gencer, M., şahin, E.M., Coşar, E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1), 25-30.
Uebelacker LA, Eaton CB, Weisberg R, Sands M, Williams C, Calhoun D, et al. Social support and physical activity as moderators of life stress in predicting baseline depression and change in depression over time in the Women's Health Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1971 - 82

Ulusoy, M.N., Kukul, K. (2013). Kadınlarda uyku sorunlarının menopoz ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 206-213.

Vaccaro, C. M., Capozzi, A., Ettore, G., Bernorio, R., Cagnacci, A., Gambacciani, M. And Lello, S. (2021). "What women think about menopause: An Italian survey". *Maturitas*, 147, p. 47-52).

Valiensia, S.M., Belardob, M.A., Pilnikb, S., Izbizkyc, G., Starvaggib, A.P., Brancod, C.C. (2019). Sleep quality and related factors in postmenopausal women. *Maturitas*, 123,, 73-77

Vardar, O., Özkan, S., Serçekuş Ak, P. (2020). Menopoz ve andropoz: Benzerlikler ve farklılıklar. *Androloji Bülteni*, 22(2), 129-136.

Venborg E, Osler M, Jørgensen TSH. (2023). The association between postpartum depression and perimenopausal depression: A nationwide register-based cohort study. *Maturitas*, 169, 10-15.

Vousoura E, Spyropoulou AC, Koundi KL, Tzavara C, Verdeli H, Paparrigopoulos T, et al. Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women. *Menopause*.2015; 22:1053±1057.

Wang, X., Wang, L., Di, J., Zhang, X., Zhao, G. (2022). Association of menopausal status and symptoms with depressive symptoms in middle-aged Chinese women. *Climacteric*, 25(5), 453-459.

Wang HL, Booth- LaForce C, Tang SM, Wu WR, Chen CH. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post- menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas* 2013;75:355- 60

Webster, A.D., Finstad, D.A., Kurzer, M.S. (2018). Quality of life among postmenopausal women enrolled in the Minnesota green tea trial. *Maturitas*, 108, 1-6. doi:10.1016/j.maturitas.2017.10.013.

WHO (1996). *Research on the menopause in the 1990s*. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf (Erişim Tarihi:15.09.2023)

WHO (2019). *Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world*: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>, (Erişim Tarihi: 03.08.2023).

Xu, Q., & Lang, C. P. (2014). Examining the relationship between subjective sleep disturbance and menopause: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 21(12), 1301-1318.

Yadav, V., Jain, A., Dabar, D. (2021). A meta-analysis on the prevalence of depression in perimenopausal and postmenopausal women in India. *Asian J Psychiatry*, 57,102581.

Yeni, S. İ. (2021). *Menopoz Dönemindeki Kadınların Beslenme Durumu, Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi* (Master's thesis, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)).

Yalçınkaya Ö.,(2022), Menopozal dönem kadınlarda terapötik doküman uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisinin incelenmesi (Master thesis,Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Zagalaz-Anula, N.F. Hita-Contreras, A. Martínez-Amat, D. Cruz-Díaz, A. Aibar-Almazán, R. J. Barranco-Zafra, R. (2019) The associations between menopausal symptoms and sleep quality in Spanish postmenopausal women, *Climacteric*, 22 (5), 511-517.

Zeng L.N., Yang, Y., Feng, Y., Cui, X., Wang, R., Hall, B.J., Ungvari, G.S., Chen, L., Xiang, Y.T. (2019). The prevalence of depression in menopausal women in China: A meta-analysis of observational studies. *J. Affect Disord.*, 1(256), 337-343.

Zerkinli, D. (2020) *Postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların genel sağlık durumuna etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi.

Zhao, A.Z., Fu, L.H., Wang, S.N., Zhang, Y.X. (2016). Depression and associated factors among women with perimenopausal syndrome in mountainous area of Xingtai. *South China J. Prevent. Med.*, 42, 319-322.

Zsido, R.G.A. Villringer, J.S. (2017). Using positron emission tomography to investigate hormone-mediated neurochemical changes across the female lifespan: implications for depression. *Int. Rev. Psychiatry*, 29, 580–596.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Öncü Pınar BAYIR ALBAYRAK
Eğitim	
Lise	Mustafakemalpaşa Sedat Karan Anadolu Lisesi (2008)
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu (2009-2013)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı (2021-Halen)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	Türk Hemşireler Derneği (THD)

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Menopoz dönemindeki depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki ile ilgili yeni bir araştırma yapmayı planlıyoruz. Bu araştırmanın amacı “**Menopoz Dönemindeki Depresyon ve Uyku Problemlerinin Yaşam Kalitesi Arasındaki ilişkiyi** belirlemektir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki, bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz, bu formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni **menopoz dönemindeki depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin** ortaya konulmasıdır. **Balıkesir Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda** gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarılı bir şekilde tamamlanabilmesi için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Sorumlu araştırmacı **Sevde AKSU** veya onun görevlendireceği bir yardımcı araştırmacı tarafından veri toplanacak ve elde edilen veriler kaydedilecektir. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için **menopoz dönemindeki depresyon ve uyku problemlerinin yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin** incelenmesine ilişkin veriler anket kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan yöntemlerde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Sayın **Öncü Pınar Bayır Albayrak** tarafından **Balıkesir Üniversitesi’nin Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda** gerçekleşecek olan ölçüme dayalı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin gizlilikle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden

araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence araştırmacılar tarafından verildi (*Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim*).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde, Sayın **Öncü Pınar Bayır Albayrak'ı 0266 6121010 (iş) ve 05354845286 (cep) no'lu telefonlardan da arayabileceğimi biliyorum.**

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdı iki kopya şeklinde düzenlenir ve bir kopyası katılımcıya verilir.

Gönüllü Katılımcının
vada Yasal Temsilcisinin

Adı ve Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Tarih: /.... /.....
Sorumlu Araştırmacının

Adı ve Soyadı:Sevde AKSU

Adres:

Telefon: 0505 4998049

İmza:

EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız=
2. Eğitim durumunuz= 1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5. Üniversite ve üstü
3. Aile tipini= 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile
4. Gelir durumunuz= 1. Kötü 2.Orta 3. İyi 4. Çok iyi
5. Çalışma durumunuz= 1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest meslek
6. Sosyal güvenlik= 1. Var 2. Yok
7. Kronik bir hastalığınız var mı?= 1. Var (yazınız.....) 2. Yok
8. Sürekli olarak kullandığınız ilaçlar var mı? = 1. Var 2. Yok
9. Menopoza girme yaşınız?
10. Hangi yolla menopoza girdiniz? 1. Doğal 2.Cerrahi
11. Menopoz yakınmaları için tedavi alıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

EK-3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ

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

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
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 doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum

- 6) a. 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 şey yapamam
c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d. Eğer bir 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 olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, 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, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
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 fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

- 20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey 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. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK-4: PITTSBURGH Uyku Kalite İndeksi

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir?.....
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?
 - (a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (c) Tuvalete gittiniz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz
a) Geçen ay boyunca hiç b) Ayda 1'den ↓ c) Ayda 1 veya 2 kez d) Ayda 3 veya ↑
 - (e) Aşırı derecede üşüdünüz
a) Geçen ay boyunca hiç b) Ayda 1'den ↓ c) Ayda 1 veya 2 kez d) Ayda 3 veya ↑
 - (f) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (g) Kötü rüyalar gördünüz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (h) Ağrı duydunuz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (i) Diğer nedenler
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (j) Öksürdünüz ve gürültülü bir şekilde horladınız
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?
 - 0 Çok iyi 1 Oldukça iyi 2 Oldukça kötü 3 Çok kötü
7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı aldınız?
 - 0 Hiç 1'den az 2 1-2 kez 3 3'ten çok
8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
 - 0 Hiç 1'den az 2 1-2 kez 3 3'ten çok

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

0 Hiç problem oluşturmadı

1 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu

2 Bir dereceye kadar problem oluşturdu

3 Çok büyük bir problem oluşturdu

EK-5: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz.
Eğer yaşadıysanız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz.
Hiç rahatsız edici değil ----- Son derece rahatsız edici 0 1 2 3 4 5 6

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

12. Kas ve eklemlerde ağrı	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
14. Uyuma güçlüğü	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
16. Fiziksel güçte azalma	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
17. Dayanma gücünde azalma	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
18. Enerjide azalma hissi	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
19. Ciltte kuruluk	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
20. Kilo alma	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
21. Yüz tüylerinde artma	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
23. Şişkinlik hissi	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
24. Bel ağrısı	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
25. Sık idrara çıkma	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								
27. Cinsel istekte değişiklik	---	---	→	0	1	2	3	4	5	6
	Yok	Var								

28. Cinsel ilişki sırasında vajinada	-- Yok	-- Var	→	0	1	2	3	4	5	6
29. Cinsellikte kaçınma	-- Yok	-- Var	→	0	1	2	3	4	5	6

EK-6: Etik Kurul



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-11811414-050.03-188151
Konu : Etik Kurul Karar Formu

12.10.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Kurulumuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tunay KARLIDERE
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurul Karar Formu (1 Adet)

Dağıtım:
Doç. Dr. Sevde AKSU
Öncü Pınar BAYIR

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSRKCKSL1U Pin Kodu :32362

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres:Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Çağış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR

Telefon:2666121400 Faks:2666121412

Web:<http://www.balikesir.edu.tr>

Keş Adresi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Volkan Koç

Unvanı: Memur

Tel No: 2666121400-101517





T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Depresyon ve Uyku Problemlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
KARAR BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sevde AKSU
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Öncü Pınar BAYIR ALBAYRAK Yüksek Lisans Öğrencisi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Araştırma
	Karar No: 2022/88	Tarih: 04/10/2022
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler; araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Tunay KARLIDERE	Başkan		X	
Prof. Dr.	Osman İrfan İLHAK	Başkan Yrd.		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü		X	
Dr.Öğr.Üyesi	Emrah ÖZCAN	Üye		X	KATILMADI
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	KATILMADI

EK-7: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.07.2021-E.47827



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı :E-93559075-044-47827

10.07.2021

Konu :Anket İzni

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seve AKSU

İlgi : 01.07.2021 tarihli ve Bila/044-Bila sayılı yazımız

Dilekçenize istinaden "Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Depresyon, Uyku Problemlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli anket çalışmamızı Etik Kurul izni alındığı takdirde Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapmanız uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Mine İslimye TAŞKIN
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSU505NU3B Pin Kodu :83732

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres:Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çağış Yerleşkesi
Telefon:0 (266) 612 10 10 Faks:0 (266) 612 10 23 - 612 12 94
e-Posta:hastane@balikesir.edu.tr Web:hastane.balikesir.edu.tr
Kep Adresi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Kıvanç Küçükergin
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 6121010-1700



EK-8: Ölçek İzinleri

Merhaba,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyyle gerekli referansların da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

Gönderen: öncü pınar bayır <oncupinarbayir@gmail.com>

Gönderildi: 16 Temmuz 2022 Cumartesi 15:56

Kime: Mehmet Yücel AĞARGÜN

Konu: Uyku Kalite İndeksinin İzni

Değerli Hocam,

Balikesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde görevli Dr Öğr.Üyesi Sevede Aksu danışmanlığında yürüteceğim "Menopoz Dönemindeki Depresyon,Uyku Problemlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin izniniz olursa kullanmak istiyoruz. Saygılarımla

Öncü Pınar Bayır Albayrak
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi
oncupinarbayir@gmail.com
05354845286

Sayın Öncü Pınar Bayır,
Çalışmanızda, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak Türkçe'ye uyarladığımız "Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği"ni çalışmanızda kullanmanıza memnuniyetle izin ve onay veriyorum.
Ekte Ölçeği, değerlendirme rehberini ve kaynak makaleyi gönderiyorum.
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Nevin H. Şahin
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Tel: 0212 4400000 / 27201
Prof.Dr. Nevin H. Şahin,
Istanbul University Cerrahpaşa
Florence Nightingale Faculty of Nursing
Women Health and Disease Nursing Department
Work: +90 212 440 00 00 / 27201



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

