



**MENOPOZAL KADINLARDA TE RAPÖTİK DOKUNMA VE
MÜZİK DİNLETİSİNİN UYKU KALİTESİ, MENOPOZAL
SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Fatma KESKİN TÖRE

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Doğum ve Kadın Hastahkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR**

Doktora Tezi – 2022

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

**MENOPOZAL KADINLARDA TERAPÖTİK DOKUNMA VE MÜZİK
DİNLETİSİNİN UYKU KALİTESİ, MENOPOZAL SEMPTOMLAR VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ
ETKİSİ**

Fatma KESKİN TÖRE

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdağul YAĞMUR**

**MALATYA
2022**

İTHAF

“Tezimi bugünlere gelmemde büyük fedakârlıklar yapan, her zaman benim için çabalayan, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, kendimi bildim bileli bana koşulsuzca sevildiğimi hissettiren canım annem Yadigar KESKİN’e ve canım babam Halil KESKİN’e ithaf ediyorum”.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Menopozal Dönem.....	4
2.2. Menopozun Evreleri	4
2.3. Menopozun Sınıflandırılması	5
2.3.1. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz	5
2.3.2. Oluş Biçimine Göre Menopoz	6
2.4. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler	6
2.5. Uyku Kalitesi ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	9
2.5.1. Menopoz ve Uyku Kalitesi	10
2.6. Yaşam Kalitesi.....	12
2.6.1. Menopoz ve Yaşam Kalitesi	13
2.7. Menopozu Yönelik Tedavi Yaklaşımları	13
2.8. Terapotik Dokunma	14
2.8.1. Terapotik Dokunmaya Genel Bakış.....	14
2.9. Terapotik Dokunma ve Enerji.....	16
2.10. Terapotik Dokunma Uygulama Aşamaları	16
2.11. Terapötik Dokunmanın Sağlığa Etkisi.....	18
2.12. Terapötik Dokunmanın Hemşirelikteki Yeri	20
2.13. Müzik Dinletisi	20
2.13.1. Müzik ve Tarihçesi	20
2.14. Müzik Dinletisinin Sağlığa Etkisi	21
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23

3.3.1. Grupların Randomizasyonu	24
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4.1. Katılımcı Tanıtım Formu	24
3.4.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	25
3.4.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)	25
3.4.4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)	26
3.5. Verilerin Toplanması	26
3.6. Hemşirelik Girişimi	27
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.8. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi	31
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	31
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı	32
3.11. Araştırmanın Güçlüğü	32
3.12. Araştırmanın Güçlü Yönleri	32
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	57
EKLER	75
EK-1. Özgeçmiş	75
EK-2. Etik Kurul İzni	76
EK-3. Kurum İzni	77
EK-4. Katılımcı Tanıtım Formu	78
EK-5. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	80
EK-6. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)	82
EK-7. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)	83
EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Terapötik Dokunma Grubu)	86
EK-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Müzik Dinletisi Grubu)	87
EK-10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Kontrol Grubu)	88
EK-11. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (1. Seviye)	89
EK-12. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (2. Seviye)	90
EK-13. TD Uygulama Sırasında Çekilen Fotoğrafların Kullanım İzni	91
EK-14. PUKİ Kullanım İzni	92
EK-15. MSDÖ Kullanım İzni	93

EK-16. MÖYKÖ Kullanım İzni	94
EK-17. Progresif Gevşeme Egzersizleri Cd'sinin Kullanım İzni	95



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalıőmam boyunca desteğini esirgemeyen ve tezimin her aşamasında yanımda olan çok değerli danıőman hocam Sayın Prof. Dr. Yurdağul YAĞMUR'a,

Doktora eğitimim ve tez çalıőmam boyunca bilimsel tecrübelerini esirgemeyen, değerli öneri ve destekleri ile tezime katkı sağlayan çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŐHAN ve Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZDEMİR'e,

Tez savunma jürim de yer alan, değerli öneri ve destekleri ile tezime katkı sağlayan çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nevin HOTUN şAHİN, Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN ve Dr. Öğr. Üyesi Gülçin NACAR'a,

Tez sürecim boyunca beni destekleyen, yardımlarını esirgemeyen, moral ve motivasyonumu her zaman artıran çok kıymetli arkadaşlarım Arő. Gör. Dr. Maksude YILDIRIM, Arő. Gör. Züleyha GÜRDAP ve Ar. Gör. Ayőe ARICIOĞLU SÜLÜN'e,

Hayatımın her alanında ilgi ve desteği ile yanımda olan çok sevdiğim değerli arkadaşım Arő. Gör. Cansu AĞRALI 'ya,

Tüm sıkıntılar karşısında her zaman yanımda olan, sevgisi ile beni neőelendiren, beni her zaman destekleyen, başaracağıma inandıran ve cesaretlendiren sevgili eőim Sezai TÖRE 'ye,

Tez sürecim boyunca kendilerine yeterince vakit ayıramama rağmen beni her an destekleyen, benle beraber streslenip sevinen, alıőabilmem için her koőulu sağlayan, bana güç ve kuvvet veren canım annem Yadigar KESKİN ve canım babam Halil KESKİN'e ve tüm sevgili aileme,

Tez çalıőmama katılmayı kabul eden, güzel enerjileri ile beni motive eden tüm kıymetli kadınlara,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Fatma KESKİN TÖRE

ÖZET

Menopozal Kadınlarda Terapötik Dokunma ve Müzik Dinletisinin Uyku Kalitesi, Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Menopozal kadınlarda terapötik dokunma ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test son test kontrol gruplu deneysel modelde gerçekleştirilmiştir. Çalışma terapötik dokunma (TD), müzik dinletisi ve kontrol gruplarındaki toplam 108 menopozal kadın ile tamamlanmıştır. Veriler, Katılımcı Tanıtım Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Terapötik dokunma grubuna dört hafta boyunca hafta bir kez TD uygulanmış, müzik dinletisi grubuna ise dört hafta boyunca her gün uyuma saati öncesi 30 dakika müzik dinlemeleri istenmiştir. Son test verileri girişimler tamamlandıktan bir ay sonra toplanmıştır. Verilerin analizinde Ki-Kare, Fisher Exact Test, tek Yönlü ANOVA, ilişkili örneklemeler için t-testi, Cohen d ve Eta Kare kullanılmıştır.

Bulgular: Gruplar arası karşılaştırmada; PUKİ, MSDÖ ve MÖYKÖ son test puanlarında kontrol grubundan kaynaklı anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Araştırmada TD ve müzik dinletisi grubundaki kadınların ön test son test karşılaştırmasında; PUKİ, MSDÖ ve MÖYKÖ puan ortalamalarında anlamlı düşüş olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Terapötik dokunma ve müzik dinletisinin uyku ve yaşam kalitesini artırdığı, menopozal semptomları azalttığı ancak TD'nin olumlu etkisinin müzik dinletisine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi, Menopoz Semptomları, Müzik, Terapötik Dokunma, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

The Effect of Therapeutic Touch and Music Listening on Sleep Quality, Menopausal Symptoms and Quality of Life in Menopausal Women

Aim: It was conducted to examine the effects of therapeutic touch and music listening on sleep quality, menopausal symptoms and quality of life in menopausal women.

Material and Method: The research was carried out in an experimental model with a pre-test and post-test control group. The study was completed with a total 108 menopausal women in the therapeutic touch (TT), music listening and control groups. Data were collected using the Participant Identification Form, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Menopausal Symptoms Rating Scale (MRS), and Menopause-Specific Quality of Life Scale (MENQOL). Therapeutic touch was applied to the TT group once a week for four weeks, and the music listening group was asked to listen to music for 30 minutes before bedtime every day for four weeks. Post-test data were collected one month after the interventions were completed. Chi-Square, Fisher's Exact Test, one-way ANOVA, Paired-Sample T test, Cohen's d and Eta Square were used to analyze the data.

Results: In the comparison between groups; It was determined that there was a significant difference in the post-test scores of PSQI, MRS and MENQOL originating from the control group ($p < 0.05$). In the pre-test and post-test comparison of the women in the TT and music listening groups; It was determined that there was a significant decrease in the mean scores of PSQI, MSDS and MENQOL ($p < 0.05$).

Conclusion: It has been determined that therapeutic touch and listening to music increase sleep and quality of life and reduce menopausal symptoms, but the positive effect of TT is more than music listening.

Keywords: Menopause-Specific Quality of Life, Menopausal Symptoms, Music, Therapeutic Touch, Sleep Quality

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
MSDÖ	: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin
TD	: Terapötik Dokunma

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Terapötik Dokunma Uygulama Örneği	28
Şekil 3.2. Hatırlatma Mesajı	29
Şekil 3.3. Consort Akış Şeması	33
Şekil 4.1. PUKİ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Değişim Grafiği.....	38
Şekil 4.2. MSDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Değişim Grafiği	42
Şekil 4.3. MÖYKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Değişim Grafiği.....	46



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	30
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Menopozal Dönem Bilgilerinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Girişim öncesi PUKİ Uyku Kalitesi Dağılımı.....	36
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Gruplar Arası ve Grup İçi Ön Test Son Test PUKİ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Gruplar Arası ve Grup İçi Ön Test Son Test MSDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Gruplar Arası ve Grup İçi Ön Test Son Test MÖYKÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45

1. GİRİŞ

Dünyada son yıllarda tıp alanındaki gelişmelerle beraber yaşam süresi artmıştır. Artan yaşam süresi nedeni ile 2030 yılına kadar 1.2 milyar insanın menopoza ve menopoza sonrası çağda olacağı, en büyük sayısal artışın ise gelişmekte olan ülkelere olacağı varsayılmaktadır (1, 2). Artan yaşam beklentisiyle birlikte, kadınlar hayatlarının üçte birini menopozal dönemde geçirmekte ve menopoza semptomlarının azalması uzun yıllar almaktadır (3). Bu nedenle kadın hayatının önemli bir kısmını oluşturan menopozal dönemin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi çok önemlidir (4).

Menopoz döneminde östrojen azalması ile birlikte sıcak basması, gece terlemesi, çarpıntı, baş ağrısı, baş dönmesi, kilo alımı, yorgunluk, osteoporoz, hipertansiyon, damar hastalıkları, sinirlilik ve uyku kalitesinin bozulması gibi semptomlar yaygınlık göstermektedir (1, 3). Uyku kalitesi genel olarak yaşlanmadan etkilendiği için özellikle orta yaşta kadınların menopozal semptomlarının başlaması ile birlikte uyku kalitesindeki bozulma en yaygın şikâyetlerden biri haline gelmektedir (5). Menopozdaki kadınların yaklaşık %40-60'ı uyku problemlerinden şikâyet etmektedir (1, 3). Menopoz sonrası kadınların %85'inin ise yaşamları boyunca menopozla ilişkili en az bir semptom yaşadığı tahmin edilmektedir (6). Menopozal semptomlar genellikle menopozdan sonra birkaç yıl boyunca devam eder ve menopozdaki kadınların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (7).

Menopozal kadınlarda tedavi edilmeyen kötü uyku kalitesi ve menopozal semptomlar sağlığı olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (8-11). Menopoz döneminde yaşanan uyku kalitesindeki değişiklikleri çözümlmek, menopozal semptomları hafifletmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için kullanılacak etkili tedaviler (ilaç veya hormonal tedavi) olmasına rağmen, bu tedavilerin potansiyel yan etkilerinin fazla olması nedeniyle günümüzde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) kullanımı giderek artmaktadır (12, 13). Bu TAT yöntemleri arasında yoga, biofeedback, gevşeme teknikleri, refleksoloji, akupressür, hipnoz, terapötik dokunma, müzik, bilişsel davranış terapi, farkındalığa dayalı stres azaltma, aromaterapi ve bitkisel ürünler yer almaktadır (7, 14-16).

TAT yöntemleri arasında yer alan ve kullanımı son yıllarda gittikçe artan terapötik dokunma (TD), modern çağda eski bir şifa deneyim yorumudur. Terapötik

dokunma, bir kişinin enerji alanındaki tıkanıklıkları kaldırarak, enerji alanının akışını uyumlu hale getirmeyi, yenilemeyi ve iyileştirmeyi amaçlayan non-invaziv bir hemşirelik müdahalesidir (17, 18). Bireylerin enerji alanları uyumlu olduğunda bireyin sağlıklı olduğu, uyumsuz olduğunda ise bireyin sağlık problemleri yaşadığı düşünülmektedir (18–20). Özellikle yorgunluk, uyku sorunları, fiziksel sorunlar ve psikolojik sorunlar enerji alanlarında asimetri veya tıkanma yaratabilmektedir (21). Terapötik dokunma yöntemi ile asimetrik ve dengesiz olan enerji alanları dengelenip tedavi edilebilmektedir (19, 20). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği, “enerji alanı bozukluğunu” bir hemşirelik tanısı olarak kabul etmiştir (22). Literatürde TD’nin endişeyi ve depresyonu azalttığı, rahatlamayı ve iyi olma hissini artırdığı ve uyku kalitesine yarar sağlayarak yaşam kalitesini iyileştirdiği belirlenmiştir (16, 18, 23–25).

Yaygın olarak kullanılan TAT yöntemlerinden bir diğeri ise müzik dinletisidir (15, 26). Müzik, tarih boyunca şifa ve sağlık aracı olarak kullanılmıştır (27). Sağ beyin tarafından algılanan hoş müzik, hipofiz bezinden endorfin salınımını uyarmakta, bu da kandaki adrenokortikotropik hormon (ACTH) konsantrasyonunu azaltmaktadır. Algılanan sakinleştirici müzik kalp atış hızını, katekolamin seviyesini, solunum hızını ve kan basıncını düşürmektedir. Dolayısıyla müzik, menopozal kadınların fizyolojik ve psikolojik rahatlamasını sağlayarak daha kaliteli uyumasını, menopozal yakınmalarının hafiflemesini ve yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır (15, 28–30). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında sakinleştirici müzik dinlemenin uyku kalitesini iyileştirdiği belirlenmiştir (31). Bha ve arkadaşlarının Hindistan’da 60 menopozal kadın (yoga: 30, müzik terapi: 30) üzerinden yoga ve müzik terapisini karşılaştırdıkları çalışmada müzik terapisinin menopozal dönemde görülen stresi azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir (32). Dolayısıyla son yıllarda müzik, çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan terapötik bir uygulama olarak yaygın hale gelmiştir (33).

Menopozal kadınların farklılıklara uyum sağlayabilmeleri, yaşayacakları sorunlarla nasıl baş edeceklerini öğrenebilmeleri, sağlık ve esenliklerini devam ettirebilmeleri ve yaşam kalitelerini yükseltebilmeleri için hemşireler tarafından desteklenmesi çok önemlidir (34, 35). Hemşireler, danışmanlık ve rehberlik rolleri doğrultusunda kadınlara semptomlarla daha iyi baş edebilmeleri açısından TAT kullanımları hakkında bilgi vermede önemli bir rol oynamaktadır (35–37). Hemşireler TAT kullanımını konusunda bilgi sahibi olmalı ve bilgilerinin uygulamaya geçirebilmelidir (37).

Terapötik dokunmanın menopozal kadınlarda enerji alanlarını düzenleyerek gevşeme tepkisi yaratacağı dolayısıyla iyileşme sürecine destek olacağı, müzik dinletisinin ise menopozal kadınlarda derin düzeyde relaksasyon oluşturacağı göz önüne alındığında her iki uygulamanın uyku kalitesini iyileştirebileceği, menopozal semptomlar üzerinde iyileştirici etkisi olabileceği ve yaşam kalitesini artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca herhangi bir invaziv girişim gerektirmeyen, uygulaması kolay ve maliyeti olmayan TD ve müzik dinletisinin literatüre katkı sağlayacağı, hemşirelik mesleğinin rahatlatıcı, iyileştirici ve bütüncül yaklaşım rollerine yol göstereceği ve TAT uygulamalarının klinik yararlarına dair kanıt oluşturacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın amacı, menopozal kadınlarda terapötik dokunma ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

Çalışmanın Hipotezleri:

- H1:** Terapötik dokunma menopozal kadınlarda uyku kalitesini etkiler.
- H2:** Terapötik dokunma menopozal kadınlarda menopozal semptomları etkiler.
- H3:** Terapötik dokunma menopozal kadınlarda yaşam kalitesini etkiler.
- H4:** Müzik dinletisi menopozal kadınlarda uyku kalitesini etkiler.
- H5:** Müzik dinletisi menopozal kadınlarda menopozal semptomları etkiler.
- H6:** Müzik dinletisi menopozal kadınlarda yaşam kalitesini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopozal Dönem

Kadın yaşamı; çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş evreden oluşmaktadır. Bu evreler kendilerine has ruhsal, fiziksel ve hormonal farklılıklar göstermektedir (38). Bu evreler arasında menopozal dönem genel sağlık, yaşam kalitesi ve refah üzerinde önemli etkileri olan ve kadınları yeni bir yaşam evresiyle tanıştıran önemli bir yaşam dönemidir (39, 40). Menopozal dönem, kadınların üreme fonksiyonlarının etkilenmesi ile birlikte biyolojik, fiziksel ve psikolojik birçok değişikliğin bir arada görüldüğü en önemli orta yaş krizidir (41, 42).

Menopoz, yaşa bağlı olarak kademeli olarak artan over yetmezliğinin bir sonucu olarak östrojen düzeylerinin azalması ve bir kadının menstrual siklusunun daimi olarak kesilmesi ile karakterize doğal biyolojik bir süreçtir (42, 43). Kadınlar son menstrual kanama tarihlerinden sonra ardışık 12 ay boyunca menstrual kanama olmama menopoza girmiş kabul edilmektedir (43). Menopozun ana fizyolojik mekanizması folikül uyarıcı hormon (FSH) seviyesinin artmasına ve östrojen hormon düzeylerinin azalmasına bağlı olarak meydana gelmektedir (44). Menopozal dönem kadınlarda 40'lı yaşların ortasında başlar ve 5-8 yıl sürer (45). Dünya'da menopozun başlangıç yaşı ortalama 51'dir (43, 46). Türkiye'de menopoza girme yaşı istatistiklere göre ortalama 46-49 yaş aralığındadır (47). Evrensel fizyolojik bir durum olan menopoz her yıl 42-55 yaş arası 500 milyondan fazla kadını etkilemektedir (43).

2.2. Menopozun Evreleri

Menopozal dönem premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere dört evreye ayrılmaktadır (48).

Premenopoz Evre: 40'lı yaşlarda başlar. Doğurganlığın azalmaya başlaması ile kadının menstrual siklusunda değişikliklerin meydana geleceği geç üreme dönemidir. Menopoza girmeden önceki 2-6 yıllık süreci kapsar. Menstrual siklus genellikle düzenlidir. İlk menopozal semptomların görüldüğü evredir ve son menstrual dönemi olan menopoz ile sonuçlanır. Folliküler fazda FSH seviyelerinde farklılıklar yoktur. Bununla birlikte Anti Mullerian Hormon ve Antral Folikül seviyeler düşüktür (49). Bu dönemde vazomotor

farklılıklar, emosyonel rahatsızlıklar, baş ağrısı ve yorgunluk gibi yakınmalar ortaya çıkabilir (48).

Menopoz Evresi: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre menopoz, "yumurtalık aktivitesinin yitilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesidir"(50). Kadınlarda üreme fonksiyonları ilk menstrual kanama ile başlayıp menopozal dönem ile son bulmaktadır (51).

Perimenopoz Evresi: DSÖ'nün açıklamasına göre perimenopoz, "menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi içerisine alan dönemdir"(50). Perimenopozal dönem, menopoza geçiş dönemi olarak da adlandırılmaktadır (44). Menopoza geçiş menstrual döngünün uzunluğundaki artan değişiklikler, hormon düzeylerindeki dalgalanmalar ve artan anovulasyon prevalansı ile ortaya çıkmaktadır (45)

Postmenopoz Dönem: Postmenopoz dönem kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Menopoz sonrası 6-8 yıllık dönem erken postmenopoz, sonrası geç postmenopoz olarak tanımlanmaktadır (49). Bu dönemde hormon azalmaları ile birlikte vazomotor semptomlar, cildin yaşlanması, osteoporoz, kardiyovasküler rahatsızlıkları, kas iskelet sistemi bozuklukları, uyku bozuklukları, ruhsal değişiklikler, vajinal atrofi ve ürogenital atrofi gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (44, 48).

2.3. Menopozun Sınıflandırılması

Menopozun sınıflandırılması, başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre iki başlıkta oluşmaktadır.

2.3.1. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz

Menopoz yaşı, sigara, alkol tüketimi, sosyo-ekonomik durum, menarş yaşı (ilk menstrual dönem), parite, önceki oral kontraseptif kullanımı, vücut kitle indeksi, genetik, etnik köken ve aile öyküsü gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (48, 52).

Erken Menopoz ve Primer Over Yetmezliği: Kadınlarda, son menstrual dönemleri 40-44 yaşları arasında yaşıyorlarsa, genellikle "erken menopoz" olarak adlandırılır (53). Erken menopoz geçişi sırasında folikül sayısındaki düşüş kritik düzeye gelir. Foliküler faz İnhibin B yoğunlukları düşer ve FSH düzeyi yükselir (54). Uzun süreli amenore, hipergonadotropinemi veya östrojen eksikliğini takiben "erken over yetmezliği" teşhisi konan kadınlar 40 yaşından önce menopoz yaşayabilir bu durum ise erken menopoz

veya primer over yetmezliği olarak tanımlanır (53). Primer over yetmezliği 40 yaşından küçük kadınların yaklaşık %1'ini erken menopoz ise 40 ila 45 yaş arasındaki kadınların %5'ini etkilemektedir (55). Erken veya primer over yetmezliğine giren kadınlar, erken ölüm riskiyle karşı karşıyadır ve daha sonraki yaşamlarında tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık ve osteoporoz dâhil olmak üzere kronik rahatsızlıklardan etkilenme olasılıkları daha yüksektir (53). Primer over yetmezliği ve erken menopoz ya kendiliğinden ya da kemoterapi ya da bilateral ooferektomi dâhil tıbbi müdahalelerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (55).

Normal Menopoz: Menstrual siklusun ortalama 45-54 yaşlarında sona ermesidir (56).

Geç Menopoz: Bir kadının yaşının 55'i geçmesine karşılık menstrual siklusu devam ediyorsa bu duruma geç menopoz denir (56).

2.3.2. Oluş Biçimine Göre Menopoz

Doğal Menopoz: Doğal menopoz, kadınların ard arda 12 ay boyunca belirgin bir psikolojik veya patolojik neden olmaksızın menstrual döngü görmemesi olarak tanımlanır. Yumurtalık foliküler fonksiyonunun kaybının bir sonucudur (55, 57).

Cerrahi Menopoz: Cerrahi menopoz, çeşitli sağlıksal sorunları nedeniyle geçirilen cerrahi operasyon sonucu overlerin çıkarılması veya radyasyon ve kemoterapi gibi tıbbi tedavilerin sonucu olarak meydana gelen bir durumdur. Doğal menopozda foliküllerin tükenmesi zamanla olurken, cerrahi menopozda bu olay aniden gerçekleşir. Dolayısıyla doğal menopozda vücut sürece yavaş yavaş alışırken cerrahi menopozda adapte olma süreci gerçekleşmez. Bu durumda cerrahi menopozda daha şiddetli semptomların görülmesine yol açar (52).

2.4. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler

Kadınlarda menopozal dönemde östrojen azlığına bağlı bedensel, mental ve cinsel bazı farklılıklar meydana gelmekte ve bu farklılıklardan dolayı bazı sorunlarla karşılaşılabilir. Bunlar; vazomotor semptomlar, genito-ürinersistem ve cinsel işlev değişiklikleri, duyu durumu ve hafıza değişiklikleri, uyku bozuklukları, deri, mukoza ve saç değişiklikleri, kardiyovasküler değişiklikler ve kas-iskelet sistemi sorunlarıdır (48, 56).

Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar, gece terlemesi veya sıcak basmaları ile karakterize menopozun ana semptomlarıdır (58). More ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptıkları bir

çalışmada menopozal yakınması olan kadınların sıcak basması, gece terlemesi ve yorgunluk belirtisini daha çok yaşadığı belirlenmiştir (59). Farklı ırk ve kültürel geçmişe göre değişmekle birlikte vazomotor semptomların yaygınlık oranları %18 ile %46 arasındadır (54). Sıcak basması göğsün üst bölgesinde ve yüzün ortasında birdenbire ısı hissi ile kendini gösterir (60). Kadınların çoğu vazomotor semptomları orta-şiddetli olarak değerlendirir. Vazomotor semptomlar kadınların tıbbi yardım alma nedenlerinin ana sebebi ve tedavi için en önemli hasta önceliğidir (58). Menopoz semptomlarının şiddeti ve süresi değişkendir. Semptomlar son menstrüel dönemden önceki yıllarda meydana gelebilir ve menopoz sonrası birkaç sene veya daha uzun seneler sürebilir (60). Ortalama 7 ile 10 sene arasında devam edebilir (58). Vazomotor semptomlar, düşük estradiol seviyesi, yüksek FSH seviyesi, termoregülatuar nötral bölgenin daralması ve cilt kan damarlarının dengesizliği ile ilişkilidir (60, 61). Sıcak basması gündüz ve gece vakitlerinde tekrarlı bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle sıcak basması ile beraber görülen aşırı terleme, endişe, çarpıntı durumu kadınların yaşam aktivitelerini sınırlayabilmektedir. Geceleri meydana gelen terleme ve sıcak basması genellikle kadınlarda uykusuzluğa ve yorgunluğa yol açmaktadır (60). Vazomotor semptomlar için östrojen içeren hormon tedavisi etkili bir tedavi gibi görülmesine rağmen yan etkileri ile ilgili endişeler hormon kullanımını önemli ölçüde düşürmüştür. Yaşanan vazomotor semptomlar için farmakolojik olmayan ve hormonal olmayan tedavilere daha fazla yönelim artmaktadır (62).

Genito-Üriner sistem ve Cinsel İşlev Değişiklikleri

Menopoz döneminde östrojen yoğunluğunun düşmesi ile birlikte ürogenital dokularda fizyolojik ve anatomik farklılıklar oluşmaktadır. Östrojenin yetersizliğine bağlı uterus ve vajinal epitelin incilmesi, vulva, vajina ve uretranın distal kısmında atrofiler, kollajenin azalması, elastikiyetin azalması, hyalin oluşması, bağ dokusunun zayıflaması, düz kasların görünüm ve işlevinin azalması, vasküler yapının zayıflaması, vajinal pH'nın artması, inflamasyon, irritasyon ve yağ dokusunun azalması gibi değişiklikler meydana gelmektedir (48, 63). Menopozal dönemle birlikte vajinaya olan kan akımının azalması, kayganlığın azalmasına ve vajinal kubbenin esnekliğinin azalmasına neden olur. Vajinal epitelin incilmesi ve glikojenasyonun azalmasıyla birlikte hücreler vajinaya daha az düşer. Dolayısıyla laktobasiller azalır. Bu durum vajinal Ph'da artışa ve vajinal mikrobiyotada değişikliklerin oluşmasına yol açar (54). Bu değişiklikler nedeniyle menopozal kadınlarda idrar yapmada güçlük, konstipasyon, vulvada puritis,

sık idrara çıkma, inkontinans, dizüri, uterus problemleri, vajinada kuruluk ve buna bağlı cinsel disfonksiyon görülebilmektedir (56, 63, 64).

En sık bildirilen cinsel sorunlar arasında disparoni, libido azalması, uyarılma kapasitesi ve orgazma ulaşmada zorluk yer alır. Azalan östrojen seviyeleri, azalan vajinal yağlanma ve artan disparoni kadın cinsel eylem fizyolojisinde vajinal reaksiyonları değiştirir. Aynı zamanda menopoza döneminde azalmış kendine saygı, beden imgesi gibi psikolojik mekanizmaların dolaylı etkilerinde cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir (65). Korede 2.201 kadın ile yapılan bir çalışmada en rahatsız edici menopoza semptomları; zayıf hafıza, vajinal kuruluk ve cinsel ilişkiden kaçınma olarak belirlenmiştir (66).

Duygu Durum ve Hafıza Değişiklikleri

Menopozal dönemin hormonlardaki ve üreme işlevinde meydana gelen farklılıklardan dolayı komplike bir yaşam evresi olduğu bilinmektedir. Bu karmaşık evre kadınlarda fizyolojik değişikliklerin yanısıra psikolojik değişikliklerde meydana getirebilmektedir (67). Menopoz sonrası dönemde duygusal zorluklar görülmesi genellikle yaygındır (68). Bu duygusal zorluklar; depresyon, anksiyete, kaygı, karar vermede zorlanma, duygusal iniş-çıkışlar, dikkat dağınıklığı, baş dönmesi, ajitasyon, cinsel istekte azalma, uykusuzluk, yorgunluk, endişe ve sinirlilik gibi belirtiler şeklinde ortaya çıkabilmektedir (48, 56, 68). Kandaki östrojen düzeyi azaldığında serbest triptofan seviyesi düşer ve bu da depresyonla ilişkili olan serotonin düzeyinde azalmaya sebep olur. Bu nedenle menopozal dönemde ortaya çıkan anksiyetenin hormonal değişikliklerden ve bu hormonal değişikliklerin meydana getirdiği semptomlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (69). Bunun yanısıra menopoza; değerler, kültür ve inançlar yörüngesine bağlı olarak kadınlar tarafından pozitif veya negatif olarak değerlendirilebilir (70). Özellikle doğurganlık, gençlik ve güzellik kaybı olarak algılamak, daha az çekici hissetmek veya menopoza karşı negatif bir tutum içerisinde olmak kadınlarda psikolojik baskı yaratabilir (71).

Östrojen hormonu nöroprotektif ve nörotrofik etkilere sahip olduğundan bilişsel işlevlerle ve hafıza ile de yakından ilişkilidir. Bu nedenle menopoza sonra kadınlarda bellek sorunları yaşanabilmektedir. En yaygın olarak konsantrasyon sıkıntısı, planlama zorluğu, hafıza zayıflıkları, yavaş düşünme, unutkanlık ve beyin sisi görülmektedir (72,73). 20.882 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada en fazla görülen beş belirtinin; hafıza kaybı (%66.9), yorgunluk (%66.5), uykusuzluk (%59.6), depresif ruh hali (%58.5) ve sırt ağrısı (%58.2) olduğu belirlenmiştir (74).

Deri, Mukoza ve Saç Değişiklikleri

Östrojenin azalması ile birlikte deride yapısal değişiklikler meydana gelir. Özellikle kolajen üretim yapan dermal fibroblastlar kayba uğrar, cildin kalınlığı, hidrasyonu ve elastikiyet özellikleri azalır. Bu durum derinin yaşlanmasını hızlandırır ve deride kırışıklığın, kuruluğun ve incelmenin artmasına yol açar. Melanosit seviyesindeki azalma ciltte eşitsiz renk dağılımına neden olabilir. Östrojen kaybına bağlı mukozanın patojenlere karşı geçirgenliği artar. Bu durumda mukozal hassasiyet ve iyileşmede gecikmelere yol açabilir. Menopozal kadınlarda saç dökülmesi ise alın ve merkezi bölgede incelmelerle kendini gösterir (56, 75).

Kardiyovasküler Değişiklikler

Kadınlar üreme dönemi boyunca östrojenin pozitif etkisi ile kardiyovasküler rahatsızlıklardan korunurlar. Menopozal dönemle birlikte azalan östrojen seviyesi ile lipid metabolizmasındaki farklılıklar kadınları kalp damar rahatsızlıklarına yatkın hale getirirler. Östrojen seviyesindeki yetersizlikle birlikte total kolesterol seviyesinin artması damar sertliğine yol açarak koroner kalp rahatsızlıkları için önemli bir risk oluşturur (56, 75). ABD’de yapılan bir çalışmada kan basıncının, nabız basıncının, ortalama arter basıncının ve arteriyel sertliğin menopozun evreleri boyunca arttığı belirlenmiştir (76).

Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Kemik östrojenle alakalı önemli bir dokudur. Östrojen yaşam boyu kemik minerallerin oluşumunda ve devamında güçlü bir rol oynar. Menopoz döneminde yaşın ilerlemesi ve östrojen eksikliğine bağlı kemik yoğunluğunda azalma görülür. Bu azalmaya bağlı motor hareketlerde azalma, eklem ve kas ağrıları, esneklikte azalma, kemik trabeküllerinde düzensizlik, incelme ve rüptür, mineral kaybına bağlı osteoporoz, omurga, kalça ve el bileğinde kırılma riskinde artış görülür (56, 75, 77).

2.5. Uyku Kalitesi ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku, bilişsel, duygusal, fiziksel olarak en uygun düzeyde sağlıklı olmayı sağlayan ve yaşam kalitesi için gerekli olan temel biyolojik bir süreçtir (10). Sağlığın temel gerekliliğinden olan uyku insan hayatının üçte birini kaplamaktadır. Dolayısıyla uyku nefes alıp vermek, su içmek, yemek yemek gibi vazgeçilmesi mümkün olmayan, hayatta kalabilmek için gerekli olan temel bir ihtiyaçtır (10, 78–80). Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini neşeli, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi, hem klinik hem de sağlıklı popülasyonlarda sağlık ve sağlığın sürdürülmesinde önemli bir göstergesidir. Uyku kalitesi; uykuya dalana kadar geçen

süre, uyku süresi, gece belirli sebeplerle uyanma sayısı, uykunun derinliği, dinlenmemiş hissetme ve gün içerisinde yorgun olma gibi birçok değişkeni içerir (81).

Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında; uyku ortamı ve uyku alışkanlıkları (trafik veya televizyon gürültüsü, uygun olmayan oda sıcaklığı, cilt sıcaklığı, nem, giysi yatakların yalıtımı, hava kalitesi, aşırı ışığa maruz kalma, düzensiz yatma saatleri, ani çalışma vardiyaları), cinsiyet (kadınların erkeklere kıyasla daha çok uyku sıkıntısı yaşamaları), duygusal değişimler (endişe, stres, depresyon, yalnızlık, öfke, sinirlilik, düşük benlik algısı ve kontrolsüz yemek yeme gibi ruh halleri), yeme alışkanlıkları (antioksidanlar, triptofan açısından zengin protein, karbonhidrat, melatonin, mikro besinler ve meyve gibi besinlerin tüketilmesi, fast food diyet, kafeinli içecek ve yiyecek tüketimi) alkol, tütün ve uyarıcı kullanımı, ilaç kullanımı, egzersiz (hareketsizlik, uygunsuz egzersiz, yoğunluk, süre), yaşam dönemleri (bebeklik, çocukluk, adolesan, yetişkinlik, yaşlılık, hamilelik, menopoz) ve kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, obezite, kalp hastalığı) gibi birçok değişken yer almaktadır (82–86).

2.5.1. Menopoz ve Uyku Kalitesi

Menopoza geçiş dönemi ile birlikte östradiol ve inhibinde azalma, FSH ve lüteinize edici hormonda bir artış meydana gelir. Bu değişimler kadınlarda bazı fiziksel ve psikolojik farklılıklar meydana getirir (87). Bu değişikliklerden en önemlilerden biri ise uyku kalitesinde meydana gelen değişikliklerdir (73).

Uyku kalitesi, bireylerin sağlık ve yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden biridir (88). Birçok olumsuz sağlık sonucuna yol açan uyku bozuklukları kadınlar arasında prevalansı değişkenlik göstermekle birlikte yaşla artmaktadır. Kadınların özellikle “savunmasız dönemler” olarak ifade edilebilen, hormonal değişikliklerin yaşandığı menstrüel döngü, gebelik ve menopoz gibi yaşam sürelerinde uyku kaliteleri kötüleşebilmektedir (89, 90).

Uyku sorunları menopoza geçiş yapan kadınların en önemli şikâyetlerinden biridir (91). Uyku sorunları genellikle perimenopozun sonlarında zirve yapmakta ve postmenopoza kadar devam ettiği görülmektedir (92). Uyku sorunları premenopozal kadınlarda %16 ila %42, perimenopozal kadınlarda %39 ila %47 ve postmenopozal kadınlarda %35 ila %60 arasında değişmektedir (89).

Menopozal dönemde kadınlar genellikle uyku kalitelerinin kötüleşmesinden, uykularının yetersiz olmasından, gece uykularının bölünmesinden ve uyku sırasındaki apneden şikâyet edebilirler (73). Bireylerde meydana gelen uykusuzluğun genellikle

uykunun başlatılması veya sürdürülmesiyle bağdaşmayan yüksek bir uyarılma düzeyinden (çevresel ve fizyolojik etkenler) kaynaklandığı düşünülmektedir. Menopoz dönemindeki kadınlarda birçok faktör birlikte uyku bozukluğuna yol açabilmektedir. Bu faktörler: menopoza bağlı hipotalamik-hipofiz-yumurtalık hormonlarındaki değişiklikler, menopoz döneminde ortaya çıkan semptomlar, yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik farklılıklar, östrojen seviyesindeki keskin düşüşle birlikte melatonin seviyelerinin kademeli olarak azalması, menopoza verilen duygusal veya davranışsal tepkiler, kilo alımı, sağlığın kötü algılanması, duyu durum değişiklikleri, var olan kronik rahatsızlıklar, sosyo-ekonomik durum, ırk/etnik, sirkadiyen ritim anormallikleri, üst solunum bozuklukları ve hareket bozukluklarıdır (88–90, 92, 93).

Östrojen uyku kontrolünü etkileyen norepinefrin, serotonin ve asetilkolin metabolizmasında görev alır. Dolayısıyla östrojen seviyesindeki değişiklikler menopozal dönemde uyku mimarisinde değişikliklere yol açar (94). Östrojen seviyesinin uykuya dalma gecikmelerini azalttığı ve toplam uyulan süreyi artırdığı, gece uyanma sıklığını ve döngüsel kendiliğinden meydana gelen uyarılmaları indirgediği ifade edilmektedir (89, 90).

Menopoz dönemindeki kadınlar uykuya dalmadaki sıkıntının yanı sıra sıcak basması ve terleme gibi semptomlar nedeniyle uykudan sık uyanmalarının uykularını böldüğünden şikâyet edebilmektedir (87). “Domino etkisi teorisine” uygun olarak sıcak basmaları veya menopozla ilişkili diğer faktörler uykunun bozulmasına yol açabilir (88, 90). Yapılan bir çalışmada menopoz sonrası kadınların genellikle uyku kalitelerinin daha da kötüleştiği ve sıcak basmaları ve gece terlemelerinin uyku kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (92).

Menopozal dönemlerdeki kadınlarda östrojen seviyesinin düşmesi ile kortizol seviyesindeki değişikliklere karşı koruyuculuğu azalır. Bu durum kadınların daha çok stres yaşamasına yol açar. Kadınların daha fazla stres yaşaması uyku kalitesinde değişikliklere, menopozal semptomlarının daha şiddetli olmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilir (32).

Östrojen hormonu norepinefrin, serotonin ve asetilkolin-nörotransmitterlerin metabolizmasında rol oynadığı için bireylerin ruh hallerinde de değişiklikler meydana getirerek, uyku sorunlarına neden olan depresyon riskini de artırır (89). Menopoz sürecinde meydana gelen depresyon, hormonal değişime bağlı meydana gelen uykuya dalma ve devam ettirmede zorlanmanın yanı sıra kötü rüyalar görme, kâbuslar ve sık uyanmalara yol açabilir (95).

Östrojen hormonunun azalması, menopozal dönemdeki kadınlarda karın yağ oranının yükselmesine neden olur. Bu durum ise kadınlarda kilo artışı yaparak uyku sorunları yaşama riskine katkıda bulunur (89).

Menopoz yaşıyla aynı zamanda ortaya çıkan melatonin seviyelerinin aşamalı olarak azalması uykusuzluğun gelişmesinde rol oynayabilmektedir. Dolayısıyla bu hormonal değişiklikler menopozdaki kadınlarda uyku bozukluklarına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (90).

Menopoz döneminde de görülebilen huzursuz bacak sendromu uyku kalitesinin kötü etkilenmesine neden olabilmektedir (90). Menopoz döneminde özellikle endokrin değişikliklerin meydana gelmesi ile uyku kalitesinin bozulmasına yol açan obstüktif uyku apnesi gibi uykuda solunum bozuklukları için yatkınlık artabilmektedir (89, 96).

Menopozal dönemde yaşanan uzun süreli uyku bozuklukları nispeten daha kötü fizyolojik ve zihinsel sağlık ve kötüleşen bir yaşam kalitesi ile sonlanacaktır (97). Uyku kaybı tip 2 diyabet, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, nörodavranışsal işlev bozukluğu, hipertansiyon, anksiyete ve depresyon riskini artırarak genel sağlığın kötüleşmesine yol açar (89, 98). Ayrıca uyku sorunları sağlık bakım ücretlerinin artmasına, iş performansının düşmesine ve yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olabilir (73). Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınlarda meydana gelen uyku sorunları için etkili bir tedavi sağlamak zorunludur (98).

2.6. Yaşam Kalitesi

Sağlıklı yaşam hedeflerinden biri olan yaşam kalitesi, kişinin kendi hayatını yorumlamasındaki kişisel algı, hisler ve biliş durumunun tümü olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi kişinin hayatının farklı açılarına dair bireysel doyumlarını açıklar. Bir başka ifade ile yaşam kalitesi bireylerin kültürel ve sosyal hayatlarındaki yerlerini, hedefler ve standartlar açısından algılamalarıdır (38, 99, 100). Yaşam kalitesini DSÖ “Bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algıları” olarak ifade etmiştir (99). Bireyin psikolojik durumu, bedensel sağlığı, toplumsal ilişkileri, inançları ve etrafı gibi birçok farklı etkenden etkilenen yaşam kalitesi kavramı bireylerin sağlık durumunu değerlendirmede ve terapilerin etkilerini belirlemede önemli bir ölçüm olarak kullanılmaktadır (101). Bu nedenle, bir toplumun sağlığının yükseltilmesi için menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gereklidir (102).

2.6.1. Menopoz ve Yaşam Kalitesi

Menopoz, bir kadının yaşam sürecinde üreme yeteneğinin sona ermesinin yanı sıra birçok bedensel, vazomotor, psikolojik ve cinsel şikâyetlerle de ilişkili olan önemli bir yaşam dönemidir (103). Artan yaşam beklentisi ile birlikte kadınların menopoz sonrası dönemde yaşam süreçlerinin %25-30'unu yaşamaları beklenmektedir (102). Menopoz, bireylerin hayat tarzlarını farklı açılardan değiştirerek, fiziksel, duygusal, sosyal ve finansal yaşam kalitesini etkiler. Bireylerin yaşadıkları menopozal semptomlara bağlı günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, farkındalıklarının az olması, rahatsızlıkları doğru tanımlamakta yaşadıkları sıkıntılar, doğru bilgiye ulaşım zorlukları ve çelişkili bilgilerin varlığı gibi bir dizi nedenler bireylerin refahını gittikçe kötüleştirir ve yaşam kalitelerini azaltır (104–106). Kadınların %80'inden fazlası, menopoza yaklaşan yıllarda çeşitli derecelerde sıkıntı ve yaşamlarında aksamalarla birlikte fiziksel veya psikolojik semptomlar yaşarlar bu da yaşam kalitesinde bir düşüşe yol açar (107).

Menopoz sürecindeki yaşam kalitesi, bireyin menopozun başlamasıyla meydana gelen değişiklikleri ve semptomları ne derece yönetebildiği ve bu kritik geçiş döneminde yaşamındaki doyum ve sevinç duygusuyla alakalıdır (101). Literatür incelendiğinde yaşam kalitesi, özellikle menopozdaki kadınlar için önemli bir sağlık bileşeni olarak kabul edilmiş ve geniş alanda tartışılan önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir (108, 109). Yapılan çalışmalarda menopoz semptomlarının kadınların yaşam kalitesini kötü etkilediği görülmektedir (110, 111). Kupcewicz ve arkadaşlarının Polonya'da yaptıkları çalışmada menopoz semptomlarının sıklığı ve yoğunluğu ne kadar fazla ise yaşam kalitesinin o denli düşük olduğu, menopoz semptomlarının yoğunluğu ve sıklığı ne kadar az ise yaşam kalitesinin o kadar arttığı belirlenmiştir (109).

2.7. Menopoza Yönelik Tedavi Yaklaşımları

Menopozal dönemde vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları, ürogenital ve cinsel değişiklikler, kas-iskelet sistemi değişiklikleri ve duyu durum gibi birçok değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu durum kadınların günlük yaşam aktivitelerini ve uyku düzenlerini etkileyerek kadınların yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Bu nedenle kadınlar menopozal dönemde yaşam kalitelerini önemli derecede etkileyen sorunlar için farmakolojik tedavi uygulamalarına yönelebilmektedir. Menopozal

dönemde farmakolojik tedavi olarak en bilinen yöntem ise hormon tedavisidir (11, 44, 112). Ancak hormon tedavisinin güvenilirliği konusunda uzun zamandır devam eden belirsizlikler ve uzun süreli kullanım durumunda kronik kardiyovasküler hastalıklar ve kanser (örneğin, meme kanseri ve over kanseri) riskini artıracak endişesi hormon tedavilerine yönelimde önemli düşümlere yol açmıştır (112). Aynı zamanda menopozal dönemde meydana gelen uyku sorunları için kullanılabilen benzodiazepinlerin ve sedatif antidepressanların aşırı bağımlılık yapması, aşırı sedasyona bağlı düşme ve kırık riski ve kognitif bozukluk yapabildiğinden yaşlı erişkinlerde dikkatli kullanılması gerekmektedir (113). Bu nedenle çoğu menopozal kadın, semptomlarıyla başa çıkmak için tamamlayıcı tedavilere yönelmektedir (94, 114, 115). Yapılan bir sistematik incelemede, kadınların yarısından fazlasının menopoz döneminde meydana gelen semptomların giderilmesinde TAT kullandığı belirlenmiştir (94). Literatür incelendiğinde menopozal dönemde meydana gelen semptomlar ve uyku bozuklukları için TAT olarak; akupunktur, yoga, hipnoz, bilişsel davranış terapisi, gevşeme, farkındalığa dayalı stres azaltma, aromaterapi, bitkisel ürünler ve refleksolojinin sık kullanıldığı görülmektedir (14, 114, 115). Lund ve arkadaşlarının orta-şiddetli menopoz semptomları olan 70 kadın (36 deney grubu, 34 kontrol grubu) üzerinde yaptıkları randomize bir çalışmada 6 haftalık akupunktur uygulamasının orta-şiddetli menopoz semptomlarında özellikle sıcak basmasında anlamlı bir azalma sağladığı belirlenmiştir (116). Yine İran’da menopozal kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada %2’lik lavanta aromaterapinin terleme, çarpıntı, sıcak basması, uykusuzluk, yorgunluk, depresyon, baş ağrısı, miyalji, artralji, parestezi ve hafıza bozukluğu gibi menopozal semptomları önemli ölçüde hafiflettiği belirlenmiştir (117).

2.8. Terapotik Dokunma

2.8.1. Terapotik Dokunmaya Genel Bakış

Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biri olan TD, ilk olarak 1970’lerin başında Rogers’ın teorisinden etkilenen Kunz ve Krieger tarafından geliştirilmiştir (19, 118). İnsan bedeninin, bilincinin, duygularının ve sezilerinin komplike, dinamik bir enerji alanı oluşturduğu öncülüne dayanan TD, sağlık alanında tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımına artan ilgi ile yaygınlaşmaktadır (119, 120).

Terapötik dokunma, modern çağdaki eski bir şifa deneyimi olan “*Hand of Lying*” yorumudur (121). Terapötik dokunma, Ulusal Sağlık Enstitülerinin bir parçası

olan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'nin tamamlayıcı ve bütünleştirici terapileri sınıflandırdığı beş alandan biri olan enerji terapisinde yer almaktadır (122). Uluslararası Terapötik Dokunuş Derneği (TTIA; 2013) TD'yi, "denge ve refahı teşvik etmek için evrensel enerjinin kasıtlı ve şefkatli kullanımını birleştiren bütünsel, kanıta dayalı bir terapidir" şeklinde tanımlamaktadır (123). Başka bir ifade ile TD, kişinin enerji alanındaki anormallikleri gidermek ve iyileşmeyi sağlamak için vücut üzerinde veya yakınında ellerin kullanıldığı ve evrendeki enerjinin uygulayıcının ellerinden uygulanan bireye aktarıldığı yaklaşık 15-20 dakika süren tamamlayıcı bir tedavi şeklidir (18, 120, 121). Terapötik dokunma uygulamasının bilinen herhangi bir yan etkisi mevcut değildir. Terapötik dokunma uygulaması özel bir yan etkisi olmayan sadece sağlıklı, kuvvetli ve tecrübeli ellere ihtiyaç duyan, her zaman ve her yerde uygulanabilen, ucuz, fiziksel temas içermeyen ve invaziv olmayan bir tedavidir (18, 22, 25, 124).

Krieger TD uygulamasının temelini oluşturan dört varsayımını açıklamıştır. Bunlar;

İlk varsayım, vücudun açık bir enerji sistemi olduğudur. Bu hipotez, bireyler arasındaki enerji geçişinin tabii ve devamlı bir olay olduğunu göstermektedir. Bu sebeple, bir şifacı terapötik dokunuş uygulaması sırasında bir enerji aktardığında, bu bilinçli, dikkatli, stresli olmayan, çaba gerektirmeyen bir eylemdir.

İkinci varsayım, bireylerin sağ ve sol ile ön ve arka taraflarının birbirini yansıttığını dolayısıyla iki yönlü olarak simetrik olduğunu idda eder. Bu simetri dengeli bir enerji akışının olmasını sağlar.

Üçüncü varsayım, bireysel bir enerji alanındaki dengesizliğin hastalıklarla ilişki olduğudur. Terapötik dokunuş uygulamasında şifacı, vücudun diğer dört ana duyusuna çok benzer şekilde dokunma hissini bir telereseptör olarak kullanarak bu enerji alanındaki dengesizliklere dair ipuçlarını alır, yönlendirir ve düzenler.

Dördüncü varsayım, insanlar, yaşam koşullarını değiştirmek ve aşmak için doğal yeteneklere sahiptir. Bu doğal yetenekler, iyileşmenin meydana gelmesi için gerekli ön şarttır. Bu sebeple enerji alanlarındaki akış dengesizliklerinin onarılmasıyla, vücudun kendi kendini iyileştirme sürecini başlatabileceği ve başarabileceğini ileri sürmektedir (125, 126).

2.9. Terapotik Dokunma ve Enerji

Bireyler sürekli etkileşim halinde oldukları, akan ve nüfus eden chi veya prana olarak adlandırılan kozmik ve evrensel bir enerji alanı ile çevrilidir (120, 127). Çevre ve beden arasında dengeli bir yaşam enerjisi akışının, sağlığın temelini oluşturduğu farz edilmektedir (128). Sağlıklı bireylerde yaşam enerjisi organizmanın her yerinde dengeli bir şekilde akar ve vücudun tüm organlarını besler. Hastalık durumunda ise, enerjinin akışında tıkanmalar meydana gelir, düzensizleşir ve tükenir. Bu bağlamda hastalık, yaşam enerjisinin normal akışındaki bir deformasyonun belirtisi olarak kabul edilir (20, 129). Enerji alanındaki dengesizlikler, tıkanmalar, disritmiler, fiziksel, zihinsel veya ruhsal hastalığa neden olur (22, 120). Yaşam enerjisini saptamak ve dengeli duruma getirmek için kullanılan TD bir enerji iyileştirme yöntemidir (120). Bu nedenle TD, yaşam enerjisi alanlarında meydana gelen dengesizliğin yol açtığı rahatsızlıkları veya belirtileri iyileştirmek için yaşam enerjisini hastalara yönlendirerek enerjinin akışındaki bozulmaları dengeler ve yeniler, enerjiyi artırır ve tıkanıkları giderir. Dahası vücudun doğal iyileşme sürecini hızlanmaya teşvik eden bir ortam yaratır (130). Bu görüşe destek, Martha Rogers'ın 1970-1990 yıllarındaki üniter insan hemşirelik teorisinden gelmektedir (128). Kuantum teorisinden esinlenen Rogers, enerji alanlarının insanların ve çevrelerinin temel birimleri olduğunu öne sürmektedir. İnsan alanı ile çevresel alan arasında sürekli bir enerji değişimi olduğunu savunmaktadır. Bu çerçevede, hemşirelik uygulamasının amacı, hastanın iyileşmesini ve iyiliğini en üst seviyeye getirmek için insanı çevresiyle bütün olarak kabul etmek ve bireylerin enerji alanlarında da tutarlılığını ve bütünlüğünü güçlendirmektir (19). Rogers'ın bakış açısından TD, hastaların optimal bir sağlık durumuna ulaşabilmeleri için insanların ve çevre alanlarının bütüncül olarak incelenip, bütünlüğünü ve mükemmelliğini güçlendirmeyi sağlayan profesyonellerin müdahalesine bir örnektir (18).

2.10. Terapotik Dokunma Uygulama Aşamaları

1. Merkezlenme: İlk adım, TD uygulayıcının hastaya şifa verme niyetine odaklandığı merkezlenmedir. Bu adım meditasyona benzemektedir (129). Terapotik dokunuşa başlamadan önce, uygulayıcı bilincini merkezler, böylece bir bütünleşme ve sessizlik durumu elde edilebilir (125). Bu sessizlik sürecinde, uygulayıcı kendi sıkıntılarından, endişelerinden uzaklaşır, odak noktasını fiziksel çevresinden, kendi içinde yaşamın merkezi olarak algıladığı şeye yani iç benliğine yönlendirmeye ve barış

içinde hissetmeye çalışır. Bu kendini sakinleştirme becerisi, TD uygulanan kişiyi iyileştirmede son derece önemlidir. Çünkü içsel benliğin karakteristik özelliği olan bu huzur ve dinginlik hissine ulaşılabildiğinde yaşamsal enerji hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için hastaya yönlendirilebilir (131). Ayrıca dikkat dağıtıcı unsurlardan ve herhangi bir kişisel duygudan uzak durup merkezlenmesi, algıladığı enerjiler arasından hangilerinin kendine ait olduğunu ve hangilerinin başka şeylere veya kişilere ait olduğunu ayırt etmesi için gerekli olan farkındalığı artırır (19, 126, 127, 132). Ancak dikkat çok dağınık ve merkezlenilemiyorsa uygulamaya devam edilmemeli, başka bir zaman tekrar denenmelidir (126). Uygulayıcının tutumu, hastaya karşı açık, nazik, empatik ve şefkatli bir ilgi ve hastanın kendi doğal iyileşme eğilimini kolaylaştırmaya yardımcı olmak için odaklanılmış bir niyet şeklindedir. Terapötik dokunma uygulaması sırasında, bilinçli yardım etme veya iyileştirme niyeti güçlü bir iyileştirici etkiye sahiptir (19).

2. Değerlendirme: Bu adımda TD uygulayıcısı, kişinin enerji alanı üzerinde enerji dengesizliğini ya da enerji birikmesinin var olup olmadığını anlamak için tarama yapar (126, 128). Bu aşamanın ana dayanağı insanların açık enerji sistemleri olduğu ve bireylerin vücudunun dışında yayılan ve içinden akan yaşam enerjisinin, ellerin giyinin vücudun yüzeyinden 8-12 cm uzaklığında tutulduğunda kolayca hissedilir olmasıdır (126, 133). Bu nedenle uygulayıcı hastaların enerji alanının durumunu belirlemek için ellerini, sezgilerini ve gözlem becerilerini kullanır (134). Uygulayıcı, bu adımda ritmik ve simetrik bir şekilde ellerini vücudun 2–6 inç yukarısında baştan ayağa hareket ettirerek enerji alanındaki bozuklukları değerlendirir (19, 128, 135). Terapötik dokunma uygulayıcıları, tarama sırasında enerji akışının kalitesindeki farklılıkları sıcaklık, soğukluk, tıkanıklık, dolgunluk, iğneler, gerginlik, karıncalanma, boşluk, çekilme ve ağırlık gibi duyuşsal ipuçları ile algırlar. Bu ipuçları genellikle enerji alanlarında meydana gelen sapmaları göstermektedir (19, 126, 135).

3. Yeniden Dengelemek

Temizlemek veya Düzeltmek: Hastanın enerji alanında ortaya çıkan dengesizliğin iyileşmesi için yeniden dengelenmesi gerekmektedir (136). Bu adımda tarama aşamasında fark edilen enerji alanında meydana gelmiş herhangi bir dengesizliği düzeltmek için, uygulayıcı ve hasta arasında bir enerji alışverişi oluşur (128). Uygulayıcı bu adımda herhangi bir kısma odaklanmadan baştan ayağa nazik süpürme el hareketleriyle enerji alanının ritmik akışını sağlar. Bu sürece genellikle ışık ya da su akışı gibi olumlu imgeleme veya görselleştirme yardımcı olur (135, 137).

Modülasyon: Bu aşamada tarama sırasında düzensiz veya yoğun enerji hissedilen alanlara uygulayıcı tarafından eller kullanılarak bilinçli şekilde enerji yönlendirilir. Enerjinin dengeli ve ritmik hale gelmesi için; rahatsızlık hissedilen alanda fazla enerji var ise dengelenir, yumuşatılır, kaybedilen bir enerji varsa enerji geri yüklenir ve enerji akışı hızlandırılır. Modülasyon sağlanırken zıtlıklar kullanılabilir. Uygulayıcının algıladığı ipucu sıcaklık ise, yeniden dengeleme aşamasında soğuk duygusu yansıtılır veya ipucu soğukluk ise hissedilen bölgeye sıcaklık duygusu gönderilir (131, 137, 138).

4. Yeniden Değerlendirmek ve Bitirmek

Yeniden Değerlendirmek: Yeniden dengelemenin tamamlanıp tamamlanmadığının belirlendiği aşamadır. İlk taramada olduğu gibi yaşamsal enerji alanları yeniden taranır. Enerji alanlarında tekrar dengesizlik belirlenirse bir önceki aşamalara tekrar dönülür. Dengesizlik yok ise tedavi sonlandırma aşamasına geçilir (126, 134).

Topraklama: Terapötik dokunma topraklama ile bitirilir. Topraklama sırasında eller hastanın ayaklarının üzerine koyularak baştan ayağa eski stabil enerjinin hareket ederek ayak çakralarından çıkıp, toprakta yenilenerek temiz bir enerji olarak yeniden bedene döndüğünün imelenmesidir (135, 137).

Tedaviyi Bitirmek: Enerji alanları yeniden değerlendirildiğinde farklılıklar olmadığı, ipuçları alınmadığında ve dengenin sağlandığına kanaat getirildiğinde uygulama sonlandırılır. Müdahalenin tamamı 10 ila 20 dakika sürer (139). Uygulamanın ardından hastanın 10-15 dakika dinlenmesine fırsat verilerek enerjilerin topraklanmasına veya dengelenmesine izin verilir. Daha sonra tedavi hakkında geri bildirimler alınmalıdır (126).

2.11. Terapötik Dokunmanın Sağlığa Etkisi

Terapötik dokunma uygulanan bireylerde parasempatik aktivite artar, sempatik aktivite azalır. Bu durum bireylerde düşük kan basıncı, düşük solunum hızı, düşük nabız hızı ve periferik sinir sisteminin gevşemesi ile karakterizedir (124). Hücre bölünmesi, yara iyileşmesi ve uyku-uyanma döngüleri gibi fizyolojik süreçlerin elektromanyetik alan tarafından düzenlendiği artık bilinen bir gerçektir (140, 141). Krieger, TD'nin kaygıyı azaltmada, ağrıyı gidermede ve iyileşmeyi teşvik etmede çok etkili bir tamamlayıcı tedavi olduğunu ileri sürmektedir (120). Terapötik dokunma kişideki endişe ve ağrıyı azaltarak, konforun oluşmasını ve sürdürülmesini destekler (139). Terapötik dokunma etkileşiminin birçok tutarlı ve oldukça güvenilir sonucu vardır. Bunlar;

- **Rahatlama:** Terapötik dokunmanın ilk tepkisi çok hızlı bir gevşeme tepkisidir, genellikle iki ile dört dakika gibi kısa bir sürede oluşur.
- **Ağrı Azaltma:** Klinik olarak, ağrının büyük oranda azalması veya tamamen yok olmasıdır. Terapötik dokunma ağrı kesicilerin artık hasta kişiler için faydalı olmadığı durumlarda ve ölümcül hastalığı olan birçok hasta için geçmeyen ağrılardan gevşeme tepkisi ile kurtulma ve huzurlu bir şekilde ölüme geçiş yapmasını destekler.
- **Hızlandırılmış İyileşme Süreci:** Gevşeme tepkisi ve ağrının giderilmesinin immünolojik sistemin vücudun bakteri ve virüs gibi yabancı sayılan maddelere yönelik savunmasını kolaylaştırdığı belirlenmiştir. Bu durum terapötik dokunuşun iyileşme sürecini hızlandırdığının göstergesidir (126).
- **Psikotik Hastalığın Hafifletilmesi:** Hızlı gevşeme tepkisi yaratan otonom sinir sistemi TD'ye çok duyarlıdır (126).

Literatür incelendiğinde TD uygulamasının çeşitli hasta gruplarında ağrıyı azalttığı (18, 141, 142), cerrahi operasyonlar öncesi anksiyete düzeyini indirmediği (143), uyku kalitesini artırdığı (144), kemoterapiye bağlı kusmayı olumlu etkilediği (124), karpal sendromunda iyileşmeler gösterdiği (145), hemoglobin ve hematokrit düzeyini anlamlı olarak artırdığı (146), palyatif hastalarda uygulandığında rahatlamayı sağladığı (23), madde bağımlısı gebelerin tedavisinde yardımcı olduğu (147), doğum eyleminde ağrı ve anksiyete üzerine olumlu etki sağlayarak analjezik ihtiyacını azaltabileceği (16), yeni doğanların gevşemesini sağladığı ve ağrının düzeylerini olumlu etkilediği (148) saptanmıştır. Terapötik dokunmanın yol açtığı gevşeme yanıtı ile salgılanan endorfinler ağrı ve anksiyeteyi azaltması ile bireylerin daha rahat uykuya dalmasına yardımcı olmaktadır. Bu sakinleştirici etkisi nedeni ile özellikle yatmadan önce yapılan TD'nin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir (25, 126).

Tabatebee ve arkadaşları İran'da 90 kanser hastasını dâhil ettikleri randomize çalışmada; hastaların her biri 30 kişiden oluşan rastgele üç gruba (müdahale, plasebo ve kontrol) ayrılmıştır. Müdahale grubuna 4 hafta boyunca 7 seans TD uygulanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre, TD'nin kanser hastalarında genel aktivite ve uyku puanları gibi parametrelerde olumlu bir etkisi olduğu saptanmıştır (149).

Brezilya'da kronik ağrısı olan 30 hastaya haftada iki kez olmak üzere toplamda sekiz kez TD yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda TD'nin ağrı şiddetini azaltmada,

tutumlarında, depresif belirtilerde ve uyku kalitesinin iyileştirilmesinde etkili olduğu saptanmıştır (24).

Geriatrik palyatif bakım ünitesinde 237 birey (TD uygulanan: 114, TD uygulanmayan: 123) üzerinde yapılan bir çalışmada TD'nin hastaları rahatlattığı ve uykuları üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (23).

2.12. Terapötik Dokunmanın Hemşirelikteki Yeri

Hemşireler, enerji ve çevre etkileşimi içinde bütüncül yaklaşımlar kullanarak insanlara bakım sağlarlar. Hemşirelik açısından enerji kullanımı yeni bir şey olmamakla birlikte Florence Nightingale zamanından beri, enerji terapileri hemşirelik uygulamalarında yer edinmiştir. Martha Rogers ve Jean Watson gibi çağdaş hemşirelik teorisyenleri, insan enerjisi alanları ve çevresel enerji alanlarının etkileşiminin önemli olduğunu ve bunun hemşirelik uygulamalarında ve eğitiminde yeri olması gerektiğini belirtmişlerdir (118, 150).

Terpötik dokunma, uygulayıcılarının birincil odak noktasının bedene fiziki olarak dokunmaktan öte hastanın enerji alanını dengeleyen bir hemşirelik müdahalesi olarak tanıtılmıştır (19, 121). Dr. Krieger ve Kunz TD'yi hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerine öğretmiştir. Hemşirelere şifa sanatı olan TD'yi öğretmek için eğitim planı geliştirilmiş, dünya çapında lisans ve lisansüstü programlarda öğretilmiş ve çeşitli sağlık hizmetlerinde uygulanmıştır (118, 151). Dünya çapında 80'den fazla ülkede mevcut olan eğitim kurumlarında, sağlık hizmet tesislerinde, toplum temelli kurum ve gruplarda TD'nin öğretildiği belirtilmektedir. Hemşirelik, TD uygulamasının etkisini fark etmede modern sağlık bakım mesleklerinin öncüsü olmuştur. Hemşirelikte enerji alanları, uzun süredir kabul görürken, diğer sağlık hizmetleri mesleklerinde, önemli bir şifa uygulaması olarak giderek daha fazla kabul görmektedir (131, 152, 153).

2.13. Müzik Dinletisi

2.13.1. Müzik ve Tarihçesi

İnsanın doğasında bulunan ve insana has olan müzik, kişinin hisleri ve ruhsal durumunu etkileyen, insan davranışlarında farklılık yaratan, ağrı ve endişeyi azaltan ve iletişime yardımcı olan bir tedavi yöntemidir (154). Müziğin bir tedavi olarak görülmesi, eski medeniyetler de müziğin bilinç ve vücut üzerinde "iyileştirici" bir tesire sahip olabileceğine dair inançlara dayanmaktadır. Hüzün, tasa, kayıp, sevinç, mutluluk,

doğum, evlilik ve ölüm gibi yaşam olaylarının hepsi müzik aracılığıyla ifade edilebilmektedir (155). Müzik, çok eski dönemlerden itibaren insan sağlığına fayda sağlamak için şifa amaçlı kullanılmıştır (27). Yapılan arkeolojik bulgular ilkel çağlarda müziğin tanrıların sakinleşmesini sağlamanın bir yolu olarak görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Şamanlar paleolitik çağlardan beri törenlerinde müziği kullanmaktadırlar. İbranilerin fiziksel ve zihinsel rahatsızlıkları iyileştirmek için müzik kullandıklarına dair kanıtlar kutsal kitapta yer almaktadır. Antik çağda Platon, Homer ve Aristoteles, müziğin hem vücudu hem de ruhu etkileyen bir vasıta olduğuna inanıyorlardı (155, 156). Türkler ise, Orta Asya’da Anadolu öncesi çağda şaman müzisyenleri farklı hastalıkları iyileştirmede kullanmışlardır. Farabi ve İbn-i Sina gibi islam filozoflarının da hem hekim hem de müzik bilimci oldukları görülmektedir. Osmanlılar döneminde 15. yy’da açılan ruh hastalıkları hastanesinde psikolojik rahatsızlıkların tedavisine belirli bir makam önerilmekteydi (157). Yine 1800’lü yılların ortalarında Florence Nightingale, müziğin Kırım Savaşı’nda yaralanan askerlerin iyileşme süreçlerini olumlu etkilediğini fark etmiştir (156, 158). 20. Yüzyılın birinci yarısından itibaren müzik hastane ortamında kullanılmaya başlanmıştır. Müzik kullanılarak yapılan ilk tedavi uygulamaları genellikle anestezi ve analjezi ile birlikte olmuştur. 20. Yüzyılın ortalarında ise araştırmacılar, müziğin etkisinin nörolojik kökenleri üzerine yeni fikirler geliştirmişler ve müziğin fizyolojik parametreler üzerine etkilerini deneysel olarak incelemişlerdir (157).

2.14. Müzik Dinletisinin Sağlığa Etkisi

Müziğin terapötik potansiyeline yönelik yakın zamandaki ilgi artışı, “kökleri antik çağlardan gelen müziğin terapötik amaçlı kullanım geçmişinin bir anlamda yeniden keşfi” şeklinde tanımlanmaktadır (161).

Müzik, beynin işitsel korteksinden geçer duyguların serebral yarım küreye aktarılmasını, talamik düzeyde hayal gücünü ve otonomik tepkileri aktive etmeyi sağlar (158, 162, 163). Sağ beyinde etkisi görülen müzik, endorfini hipofiz bezinden salabilir ve böylece kandaki ACTH yoğunluğunu azaltabilir. Müzik, talamus ve retiküler aktive edici sistemin etkileşimini değiştirir, duyguları, vücut kasları, kan basıncı, kalp atış hızı, solunum hızı ve uyku gibi biyolojik/fizyolojik fonksiyonlarını etkiler (157, 158, 163–165). Böylelikle parasempatik sinir aktivite artar, kortizol seviyesi düşer, kan basıncı, kalp atış hızı, solunum hızı düşer ve vücut gevşer. Bunun yanı sıra müziğin limbik sistemin bir bölümü olan amigdalayla etkisiz hale getirerek psikofizyolojik uyarılmayı

azalttığı, zevk ve mutluluk hislerini uyandırdığı düşünülmektedir (166). Müziğin ilgi dağıtıcı özelliği ve hastanın dikkatini olumsuz uyaranlardan müziğin yaydığı hoş titreşimlere odaklaması, bireyin acı, kaygı, hüzün ve stresini azaltır, ağrı algısını değiştirir. Bireylerde gevşeme ve rahatlama gibi olumlu hisler ortaya çıkarır (157, 158, 163–165). Müzik bireylerin depresyon, saldırganlık ve ajitasyon gibi davranışsal ve psikolojik davranışlarını ve refah, hafıza, yaşam kalitesi, iletişim becerileri ve benlik saygısı gibi bilişsel durumlarını da olumlu etkiler (160). Müziğin duygu, motivasyon, biliş, öğrenme ve motor işlevlerle ilgili çeşitli beyin alanlarını aktive ederek insan davranışı üzerinde biyolojik etkiler meydana getirmesi, bilişsel, duygusal ve nöromotor işlevleri artırmak için müzik ile yapılan müdahaleleri ön plana çıkarmıştır (158, 163, 167). Kolay erişilebilir, az maliyetli ve kullanımının kabul edilebilirliğinin fazla olması popüler bir müdahale olmasını kolaylaştırmaktadır (156, 168).

Literatür incelendiğinde müzik dinlemenin endişeyi hafifletmede, olumlu bir ruh haline bürünmede, gevşemeyi artırmada, kalp atış hızını düşürmede, öznel ağrı algısının ve analjezik ilaçlara duyulan ihtiyacın azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir (168, 169). Aynı zamanda kritik veya kanser hastalarında (170, 171), yaşlı ve ameliyat sonrası hastalarda (172), hafıza kaybı olan bireylerde (173) ve solunum yetmezliği için akut ventilasyon desteği alan yoğun bakım hastaları arasında (174) müzik desteğinin stres, ağrı ve anksiyetenin belirti yönetiminde etkili olduğu ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir (156, 171, 173). Literatür incelendiğinde müzik dinlemenin özellikle uykuyu iyileştirmek için sık kullanılan bir yöntem haline geldiği de görülmektedir (26, 28, 171). Müziğin uykuya yardımcı olmasının iki nedeni olduğu düşünülmektedir. Bunlar; rahatlama ve dikkati dağıtmadır. Özellikle relaksasyon, uykuyu teşvik etmek için temel bir kriter gibi görünmektedir (29). Müzik dinlemenin, daha uzun uyku süresi, daha yüksek uyku verimliliği, daha az uykuya dalmada sorun yaşama, daha az gündüz uyuma ve daha az uyku bozukluğu şeklinde olumlu etkileri vardır (154, 175, 176). Müziğin uykusuzluk belirtileri olan yetişkinlerde öznel uyku kalitesini yükselttiği düşünülmektedir (159).

Müziğin, derin düzeyde relaksasyon oluşturma yeteneği ile bedeni gevşetmesi, zihni sakinleştirilmesi ve duyguları yatıştırması gibi pozitif etkileri (15, 154, 175, 176) menopozal semptomlar üzerinde de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Müzik terapisinin menopozal semptomlar ve depresyon üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada müzik terapi grubunun menopozal semptomlarında kontrol grubuna göre önemli bir azalma yaşandığı belirlenmiştir (177).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu deneme modeli olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Malatya ilinde bulunan İnönü Üniversitesi bünyesinde çalışan 45-59 yaş arasındaki menopozal kadınlarla Ağustos 2021 - Temmuz 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi bünyesinde çalışan 45-59 yaş arasındaki menopozal kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem sayısı G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Hesaplama 3 gruplu (Deney 1, Deney 2, Kontrol) ve 2 ölçümlü (Pretest, Posttest) araştırma tasarımı göz önünde bulundurularak tekrarlı ölçümlerde ANOVA için orta etki büyüklüğü ($d = 0.25$), %5 hata payı ($\alpha = 0.05$) ve %80 güç ($1 - \beta = 0.80$) alındığında her grup için örneklem sayısı 36 kişi (36 TD grubu, 36 müzik dinletisi grubu ve 36 kontrol grubu) toplamda 108 kişi olarak belirlenmiştir (178). Örneklem sayısına ulaşabilmek için İnönü Üniversitesi bünyesinde çalışan 45-59 yaş arasındaki 322 kadın ile görüşülmüştür. Dâhil edilme kriterlerini karşılamayan ($n=45$), katılmayı reddeden ($n=62$) ve ulaşılamayan ($n=87$) kadınlar listeden çıkarılmıştır. Örneklemde kayıplar olacağı düşünülerek örneklem sayısına ulaşabilmek için kalan 128 kadın listelenerek randomizasyonla gruplara atanmıştır (42 TD, 43 müzik dinletisi, 43 kontrol). Deney gruplarından; TD grubundan 6 kadın araştırmadan ayrılmak istediğinden örneklemden çıkarılmıştır. Müzik dinletisi grubundan 3 kadın ile iletişim kurulamadığından ve 4 kadın araştırmadan ayrılmak istediğinden örneklemden çıkarılmıştır. Kontrol grubundan 4 kadın ile iletişim kurulamadığından ve 3 kadın araştırmadan ayrılmak istediğinden örneklemden çıkarılmıştır. Araştırma 72 deney (36 TD, 36 müzik dinletisi), 36 kontrol olmak üzere toplam 108 menopozal dönemdeki kadın ile tamamlanmıştır (Şekil 3.3).

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri;

- 45-59 yaş arasında olma,
- Doğal menopoza girme,
- Akıllı cep telefonuna sahip olma,

Araştırmadan Dışlama Kriterleri;

- Hormon tedavisi alma,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olma,
- Müzik dinlemeye engel işitsel sorunu olma,
- Antidepresan, antihistaminik, benzodiazepan, hipnotik ve narkotik ilaç kullanma,
- Başka herhangi bir TAT (Reiki, fitoöstrojenler, akupresür gibi) yöntemi kullanmadır.

3.3.1. Grupların Randomizasyonu

Araştırmada 45-59 yaş arasında olan 322 kadın listelenmiştir. Dâhil edilme kriterlerini karşılamayan (n=45), katılmayı reddeden (n=62) ve ulaşılamayan (n=87) kadınlar listeden çıkarılmıştır. Örneklemde kayıplar olacağı düşünülerek ve örneklem sayısına ulaşabilmek için kalan 128 kadın örnekleme dâhil edilmiştir. Kalan 128 kadının gruplara atanması Random.org sitesi aracılığıyla yapılmıştır. Random.org sitesinden Squence Generatör alt başlığından kadınların listedeki numaralarını rastgele bir şekilde sıralayacak 1-128 arasında sıra oluşturulmuştur. Daha sonra Numbers alt başlığından Random Integer Generator yönteminden faydalanarak 128 tane 1, 2 ve 3 rakamlarından oluşan rastgele sıralanmış sayı sütünü oluşturulmuştur. Kadınlar 1, 2, 3 numaralarına randomize olarak atanmıştır (179). Araştırmaya başlamadan önce grup numaralarını belirlemek için kura çekilmiştir. Kura sonucu 1 numara müzik dinletisi grubu, 2 numara TD grubu, ve 3 numara kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Katılımcı Tanıtım Formu (EK-4), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-5), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (EK-6) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK-7) kullanılmıştır.

3.4.1. Katılımcı Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatürden faydalanarak geliştirilen katılımcı tanıtım formu; kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaşı, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik

durumu, medeni durum, aile tipi, beden kitle indeksi, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanım durumu) ve menopozal döneme ait bilgileri (menopozda olup olmama durumu, menstrual düzen ve menopoz süresi) içeren 13 sorudan oluşturulmuştur (1,101,180–182). Araştırmada 45 yaş ve üstü olan ve son menstrual döngü tarihi üzerinden bir yıl geçmemiş (menopoza girmemiş) olan kadınlar perimenopozal, 45 yaş ve üstü olan ve son menstrual döngü tarihi üzerinden bir yıl geçmiş (menopoza girmiş) olan kadınlar postmenopozal dönemde kabul edilmiştir (49, 50)

3.4.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

İndeks Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş olup, son bir ay içindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun şiddeti ve tipi hakkında detaylı bilgi veren kişisel bildirim dayalı bir tarama ve değerlendirme aracıdır (183). Ağargün ve arkadaşları 1996 yılında indeksin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (184). İndeks toplam 24 sorudan oluşmaktadır. İndekste, bireylerin yatak arkadaşının cevaplandıracağı puanlamada kullanılmayan, klinik bilgi için sorulan beş soru yer almaktadır. Her bir soru 0'dan 3'e kadar puanlanmaktadır. İndeks; öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere yedi bileşenden oluşmaktadır. Yedi bileşenden alınan puanların toplamı, PUKİ toplam puanını vermektedir. Toplam PUKİ puanı 0-21 arasında bir puan alabilir. PUKİ toplam puanı 5 puan ve altında olan bireylerin uyku kalitesi “iyi”; puanı 5 puanın üzerinde olan bireylerin uyku kalitesi ise “kötü” olarak değerlendirilir (183, 184). Ağargün ve arkadaşları indeksin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0.80 olarak belirlemiştir (184). Çalışmada uykuyu etkileyen ilaç kullanımı olan kadınlar dışlandıği için bileşen 6 hesaplanmamıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.75 olarak belirlenmiştir.

3.4.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Ölçek ilk 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek için geliştirilmiştir (185). Gürkan 2005 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (186). Likert tipli ölçekte menopozal yakınmaları sorgulayan toplam 11 soru mevcuttur. Her bir soru 0' dan 4'e kadar puanlanmaktadır. Her bir maddeden alınan puanların toplamı ölçeğin toplan puanını vermektedir. Toplam MSDÖ puanı 0-44 arasında puan almaktadır. Ölçek; somatik şikayetler alt boyutu (1, 2, 3, 11.

maddeler), psikolojik şikayetler alt boyutu (4-7. maddeler) ve ürogenital şikayetler alt boyutu (8-10. maddeler) olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Toplam MSDÖ puanının artması, semptomların şiddetindeki artışı ve yaşam kalitesinin kötü etkilendiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84, alt boyutlarda ise somatik semptomlarda 0.65, psikolojik semptomlarda 0.79 ve ürogenital semptomlarda 0.72 bulunmuştur (186). Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlarda ise Cronbach alfa katsayısı somatik semptomlar da 0.59, psikolojik semptomlarda 0.85 ve ürogenital semptomlarda 0.56 olarak belirlenmiştir.

3.4.4. Menopozda Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Ölçek, 1996 yılında menopozda sağlık durumuna has bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak için John R. Hilditch ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (187). 2007 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (188). MÖYKÖ 29 sorulu likert tipinde bir ölçek olup dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; vazomotor alan (1-3. sorular), psikososyal alan (4-10. sorular), fiziksel alan (11-26. sorular) ve cinsel alandır (27-29. sorular). Her bir soru 0'dan 6'ya kadar puanlanmaktadır. 0 puan kadınların bir sorun yaşamadığını göstermektedir. 1 puan sorunun var olduğunu, fakat hiç rahatsızlık vermediğini göstermektedir. 2'den 6'ya kadar alınan puanlar ise sorunun şiddetini ve artan derecelerini ifade etmektedir. Ölçek puanı attıkça var olan sorunların şiddetide artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı vazomotor alanda 0.82, psikososyal alanda 0.81, fiziksel alanda 0.87 ve cinsel alanda 0.89 olarak bulunmuştur (188). Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir. Alt gruplarda ise Cronbach alfa katsayısı vazomotor alanda 0.85, psikososyal alanda 0.84, fiziksel alanda 0.87 ve cinsel alanda 0.86 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Ağustos 2021 - Şubat 2022 tarihleri arasında araştırmaya katılma şartlarına uyan ve katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Kadınların her birine ilk karşılaşmada çalışmanın amacı ve içeriği konusunda bilgi verilmiş ve katılma koşullarını sağlayan, katılmayı kabul eden katılımcılardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmada ön test verileri, Katılımcı Tanıtım Formu, PUKİ, MSDÖ ve MÖYKÖ formları ile kişilerin çalıştığı birimlerde elde edilmiştir. Son test verileri deney

grupları için girişimler bittikten sonra, kontrol grubu için ise ön test verilerinden dört hafta sonra PUKİ, MSDÖ ve MÖYKÖ formları ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Terapötik Dokunma Grubu: Araştırmacı TD uygulamasını gerçekleştirebilmek için, Uluslararası Terapötik Dokunma Birliği'nin hazırladığı birinci ve ikinci seviye eğitime katılmış ve sertifikalar almıştır (EK-10, EK-11). Terapötik dokunma uygulaması için kadınların uygun oldukları gün ve saat dikkate alınarak kadınlardan randevu alınmıştır. Terapötik dokunma uygulaması, kadınlara dört hafta boyunca haftada bir kez 15 dakika kadınların kendi birimlerindeki uygun boş bir odada, fiziki alanın sınırlı olduğu durumlarda ise Hemşirelik Fakültesi'nde belirlenen bir odada uygulanmıştır (133).

Terapötik dokunma uygulama basamakları:

- a) İşlem kadına açıklanmış,
- b) Kadın sandalyeye rahat bir şekilde oturtulmuş,
- c) Uygulayıcı bedenini, zihnini ve duygularını sessiz, odaklanmış bir hale getirerek merkezlenmiş, kendini uygulamaya hazırlamış ve girişim boyunca merkezlenmede kalmış,
- d) Kadının tedavi olmasına yardımcı olmak için iyi niyet edilmiş,
- e) Enerji alanını taramak amacıyla hastanın tüm bedeni uygulayıcının ellerinin avuç içleri hastaya bakacak şekilde tutulmuş, 8-12 cm uzaklıktan baştan ayağa yumuşak bir hareketle hareket ettirilmiş ve ellerin avuç içi yüzeylerindeki duyuşal ipuçlarındaki farklılıklar hissedilerek enerji alanının durumu değerlendirilmiş,
- f) Enerji alanındaki dengesizlikleri temizlemek ve düzeltmek için sakin, nazik ve ritmik olarak süpürme hareketleri yapılmış,
- g) Akışı yeniden sağlamak için enerji modüle edilmiş,
- h) Enerji alanı tekrar değerlendirilerek, dengesizlik varsa aşamalar tekrarlanmış,
- i) Kadın topraklanarak, terapötik dokunma sonlandırılmış,
- j) Kadının dinlenmesi sağlanmış ve geri bildirim alınmıştır.

Araştırmada araştırmacı tarafından yapılan TD uygulama örneği Şekil 3.1'de gösterilmiştir.



a



b



c



d



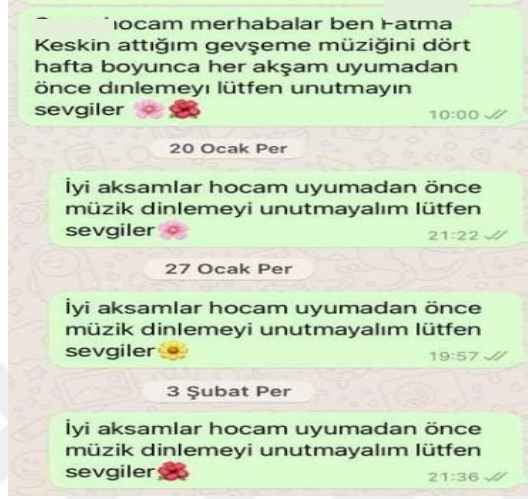
e



f

Şekil 3.1. Terapötik Dokunma Uygulama Örneği

Müzik Dinletisi Grubu: Kadınlara Türk Psikologlar Derneğince hazırlanmış gevşeme egzersizleri Cd'sinin üçüncü bölümünde yer alan gevşeme müziği hakkında bilgi verilmiş ve müzik cep telefonlarına ilk görüşmede yüklenmiştir. Dört hafta boyunca her gün rahat bir ortamda uyuma saati öncesi 30 dakika müzik dinlemeleri istenmiştir. Kadınların müzik dinlemesini motive etmek için haftada bir kez hatırlatma mesajı gönderilmiştir (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Hatırlatma Mesajı

Kontrol Grubu: Kontrol grubuna dört hafta boyunca herhangi bir işlem yapılmamıştır. Son test verilerinin toplanmasından sonra kontrol grubunda yer alan kadınlardan isteyenlerin telefonuna müzik yüklenmiş veya TD uygulaması 2 kez yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: PUKİ, MSDÖ, MÖYKÖ ölçeklerinden alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişken: Terapötik dokunma ve müzik dinletisi uygulamaları araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

Kontrol Değişkenleri: Kadınların özellikleri (yaşı, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durumu, medeni durum, aile tipi, beden kitle indeksi, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanım durumu), uyku kalitesi ve menopozal döneme ait bilgileri (menopozda olup olmama durumu ve menopoz süresi) araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmuştur.

Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Terapötik Dokunma Grubu (n=36)		Müzik Dinletisi Grubu (n=36)		Kontrol Grubu (n=36)		Test ve p değeri
	X±SS		X±SS		X±SS		
Yaş	49.63±3.92		50.58±4.69		49.61±4.00		F=0.619 p=0.541
BKİ	26.50±3.15		27.46±3.72		26.93±2.50		F=0.835 p=0.437
Menopoz Süresi	3.37±2.91		5.88±4.40		4.68±3.81		F=2.358 p=0.104
	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu							
Lise	7	19.4	7	19.4	7	19.4	X ² =0.000 p=1.000
Üniversite ve Üstü	29	80.6	29	80.6	29	80.6	
Meslek							
Sağlık Çalışanı	15	41.7	15	41.7	15	41.7	X ² =3.061 p=0.548
Memur	15	41.7	18	50.0	13	36.1	
Akademisyen	6	16.6	3	8.3	8	22.2	
Ekonomik Durum							
Gelirim Giderimden Az	7	19.4	11	30.6	10	27.8	X ² =1.797 p=0.773
Gelirim Giderime Denk	21	58.3	19	52.8	21	58.3	
Gelirim Giderimden Fazla	8	22.3	6	16.6	5	13.9	
Medeni Durum							
Evli	30	83.3	32	88.9	28	77.8	X ² =1.600 p=0.449
Bekar	6	16.7	4	11.1	8	22.2	
Aile Tipi							
Çekirdek	29	80.6	34	94.4	34	94.4	*p=0.105
Geniş Aile	7	19.4	2	5.6	2	5.6	
Kronik Hastalık Varlığı							
Evet	17	47.2	13	36.1	10	27.8	X ² =2.938 p=0.230
Hayır	19	52.8	23	63.9	26	72.2	
Sigara Kullanma							
Evet	14	38.9	17	47.2	13	36.1	X ² =0.997 p=0.607
Hayır	22	61.1	19	52.8	23	63.9	
Alkol Kullanma							
Evet	2	5.6	3	8.3	-	-	*p=0.366
Hayır	34	94.4	33	91.7	36	100	
Uyku Kalitesi							
İyi (<5 puan)	4	11.1	4	11.1	8	22.2	X ² =2.348 p=0.309
Kötü (≥5 puan)	32	89.9	32	89.9	28	77.8	
Menopozal Dönem							
Perimenopozal	12	33.3	19	52.8	17	47.2	X ² =2.925 p=0.232
Postmenopozal	24	66.7	17	47.2	19	52.8	

F: One Way ANOVA Testi, X²: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır. *Fisher Exact kullanıldığı için X² değeri bulunmamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması Tablo 3.1’de verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) deney ve kontrol gruplarının benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1).

3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak yapılmıştır. Veri setindeki değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığının saptanabilmesi için Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) katsayıları değerlendirilmiştir (189). Değişkenlerin normal dağıldığı belirlendiğinden verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans-yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra, grupların kontrol değişkenleri yönünden karşılaştırılmasında Ki-Kare analizi ve Fisher Exact testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında one-Way ANOVA testi, gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde post hoc testlerden Tukey analizi, bağımlı tekrarlı iki ölçümün grup içi karşılaştırmalarında Paired-Sample t testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarındaki değişimin etki büyüklüğü için bağımlı gruplarda t testi için Cohen d değeri hesaplanmıştır. Bu değer, t değerinin örneklem mevcudunun karaköküne oranı ile hesaplanmıştır. 0.2 “küçük” 0.5 “orta” 0.8 ise “büyük” etki büyüklüğü olarak kabul edilmiştir (178, 190). Bağımsız gruplarda one-Way ANOVA analizinde etki büyüklüğü için eta kare (η^2) değeri hesaplanmıştır. Bu değer gruplar arası varyansın, toplam varyansa bölünmesi ile hesaplanmıştır. Literatüre göre eta-kare (η^2) değeri, 0.01 “küçük”, 0.06 “orta” ve 0.14 ise “büyük” etki büyüklüğü olarak kabul edilmiştir (178, 190). Önemlilik düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (2021/2299) (Ek-2) ve araştırmanın yapıldığı İnönü Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı’ndan (Ek-3) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın çalışma protokolü clinicaltrials.gov adresine tanımlanmıştır (NCT05180266). Katılımcı kadınlara “Özerkliğe Saygı” ilkesi çerçevesinde araştırmanın neden yapıldığı, araştırmanın nasıl yapılacağı, araştırma sonucunda elde edilecek bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağına dair bilgi verilmiştir. “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi gereği araştırmada elde edilen bilgilerin gizli

tutulacağı belirtilmiştir. “Bilgilendirilmiş Onam” ve “Gönüllülük” ilkeleri gereği bireysel hakların korunması gerektiğinden sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı

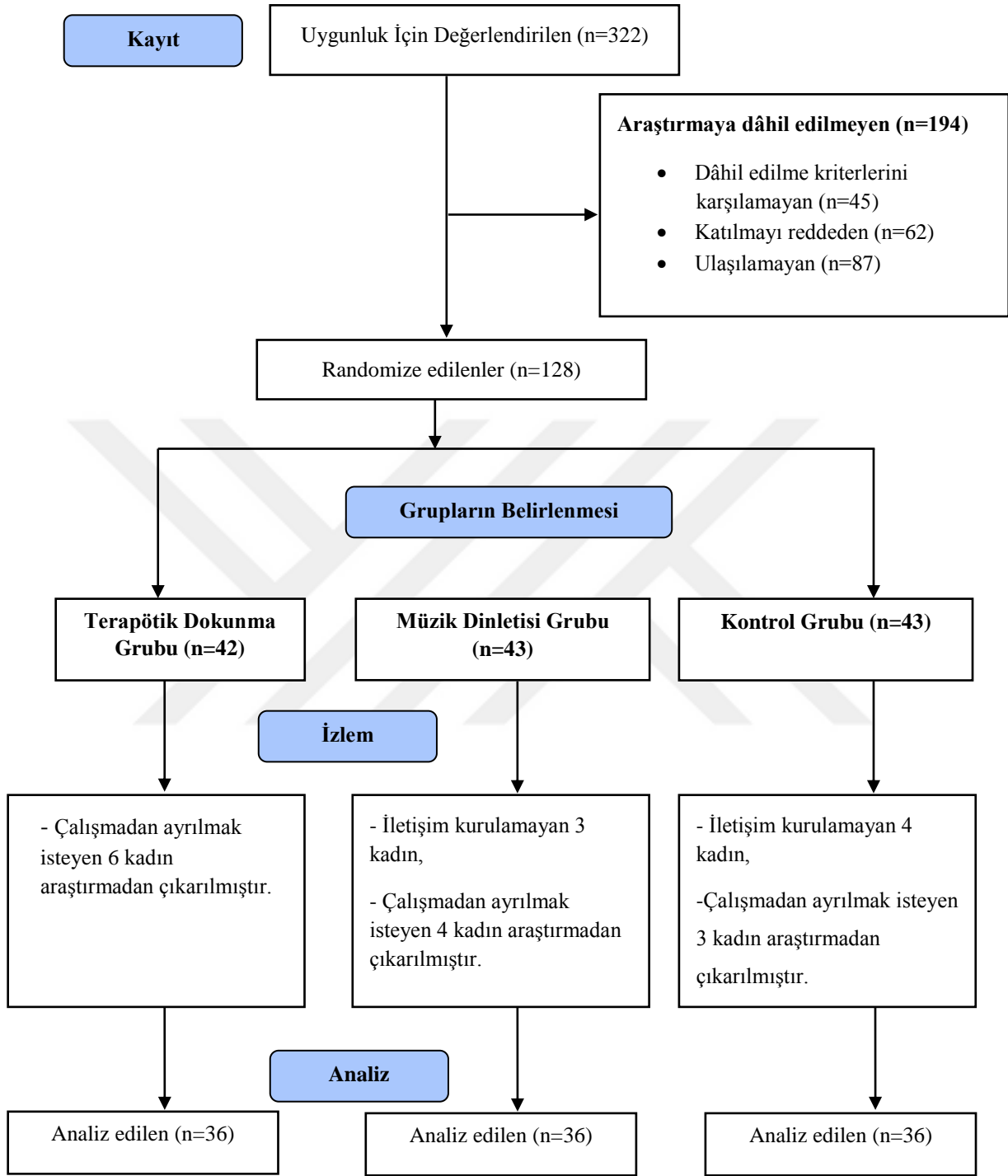
Araştırmada objektif bir uyku kalitesi ölçüm aracı yerine kadınların beyanına dayanan subjektif bir uyku kalitesi ölçeği kullanılarak uyku sorunlarının tespit edilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.11. Araştırmanın Güçlüğü

Araştırmada, COVID-19 salgını nedeniyle kadınların çalışmaya katılımdaki isteksizlikleri çalışmanın güçlüğü oluşturmuştur.

3.12. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmanın menopozal dönemdeki kadınlara TD ve müzik dinletisinin uygulanması açısından bir ilk olması, uygulanan TD'nin semptomları azaltmada hormon tedavisi yerine kullanabilmesi ve parametrelerin değerlendirilmesinde etki büyüklüklerinin hesaplanması çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmuştur.



Şekil 3.3. Consort Akış Şeması (2010) (191).

4. BULGULAR

Menopozal kadınlarda terapötik dokunma ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar ve istatistiksel analizler tablolar halinde bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Terapötik Dokunma Grubu (n=36)		Müzik Dinletisi Grubu (n=36)		Kontrol Grubu (n=36)	
	X±SS		X±SS		X±SS	
Yaş	49.63±3.92		50.58±4.69		49.61±4.00	
BKİ	26.50±3.15		27.46±3.72		26.93±2.50	
	n	%	n	%	n	%
Eğitim Durumu						
Lise	7	19.4	7	19.4	7	19.4
Üniversite ve Üstü	29	80.6	29	80.6	29	80.6
Meslek						
Sağlık Çalışanı	15	41.7	15	41.7	15	41.7
Memur	15	41.7	18	50.0	13	36.1
Akademisyen	6	16.6	3	8.3	8	22.2
Ekonomik Durum						
Gelirim Giderimden Az	7	19.4	11	30.6	10	27.8
Gelirim Giderime Denk	21	58.3	19	52.8	21	58.3
Gelirim Giderimden Fazla	8	22.3	6	16.6	5	13.9
Medeni Durum						
Evli	30	83.3	32	88.9	28	77.8
Bekar	6	16.7	4	11.1	8	22.2
Aile Tipi						
Çekirdek	29	80.6	34	94.4	34	94.4
Geniş Aile	7	19.4	2	5.6	2	5.6
Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	17	47.2	13	36.1	10	27.8
Hayır	19	52.8	23	63.9	26	72.2
Sigara Kullanma						
Evet	14	38.9	17	47.2	13	36.1
Hayır	22	61.1	19	52.8	23	63.9
Alkol Kullanma						
Evet	2	5.6	3	8.3	-	-
Hayır	34	94.4	33	91.7	36	100

Tablo 4.1’de deney ve kontrol gruplarındaki kadınların özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmada TD grubundaki kadınların yaş ortalamasının 49.63 ± 3.92 olduğu, BKİ ortalamasının 26.50 ± 3.15 olduğu, %80.6’sının eğitim durumunun üniversite ve üstü olduğu, %41.7’sinin sağlık çalışanı, %41.7’sinin memur olduğu, %58.3’ünün gelirinin giderine denk olduğu, %83.3’ünün evli olduğu, %80.6’sının çekirdek aile olduğu, %52.8’inin kronik hastalığı olmadığı, %61.1’inin sigara kullanmadığı ve %94.4’ünün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Müzik dinletisi grubundaki kadınların yaş ortalamasının 50.58 ± 4.69 olduğu, BKİ ortalamasının 27.46 ± 3.72 olduğu, %80.6’sının eğitim durumunun üniversite ve üstü olduğu, %50’sinin memur olduğu, %52.8’inin gelirinin giderine denk olduğu, %88.9’unun evli olduğu, %94.4’ünün çekirdek aile olduğu, %63.9’unun kronik hastalığı olmadığı, %52.8’inin sigara kullanmadığı ve %91.7’sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasının 49.61 ± 4.00 olduğu, BKİ ortalamasının 26.93 ± 2.50 olduğu, %80.6’sının eğitim durumunun üniversite ve üstü olduğu, %41.7’sinin sağlık çalışanı olduğu, %58.3’ünün gelirinin giderine denk olduğu, %77.8’inin evli olduğu, %94.4’ünün çekirdek aile olduğu, %72.2’sinin kronik hastalığı olmadığı, %63.9’unun sigara kullanmadığı ve %100’ünün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Menopozal Dönem Bilgilerinin Dağılımı

Özellik	Terapötik Dokunma Grubu (n=36)		Müzik Dinletisi Grubu (n=36)		Kontrol Grubu (n=36)	
	n	%	n	%	n	%
Menopozal Dönem						
Perimenopozal	12	33.3	19	52.8	17	47.2
Postmenopozal	24	66.7	17	47.2	19	52.8
Menopoz Süresi*	3.37±2.91		5.88±4.40		4.68±3.81	

*Sadece Postmenopoz döneminde olan kadınlar cevaplamıştır.

Tablo 4.2’de deney ve kontrol gruplarındaki kadınların menopozal dönem bilgilerin dağılımı yer almaktadır. Araştırmada TD grubundaki kadınların %33.3’ünün perimenopozal, %66.7’sinin postmenopozal dönemde olduğu, müzik dinletisi grubundaki kadınların %52.8’inin perimenopozal, %47.2’sinin postmenopozal dönemde olduğu, kontrol grubundaki kadınların ise %47.2’sinin perimenopozal, %52.8’inin postmenopozal dönemde olduğu belirlendi. TD grubunda menopoza girmiş olan kadınların menopoz süre ortalamasının 3.37 ± 2.91 olduğu, müzik dinletisi grubunda menopoza girmiş olan kadınların menopoz süre ortalamasının 5.88 ± 4.40 olduğu, kontrol grubunda ise menopoza girmiş olan kadınların menopoz süre ortalamasının 4.68 ± 3.81 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Girişim öncesi PUKİ Uyku Kalitesi Dağılımı

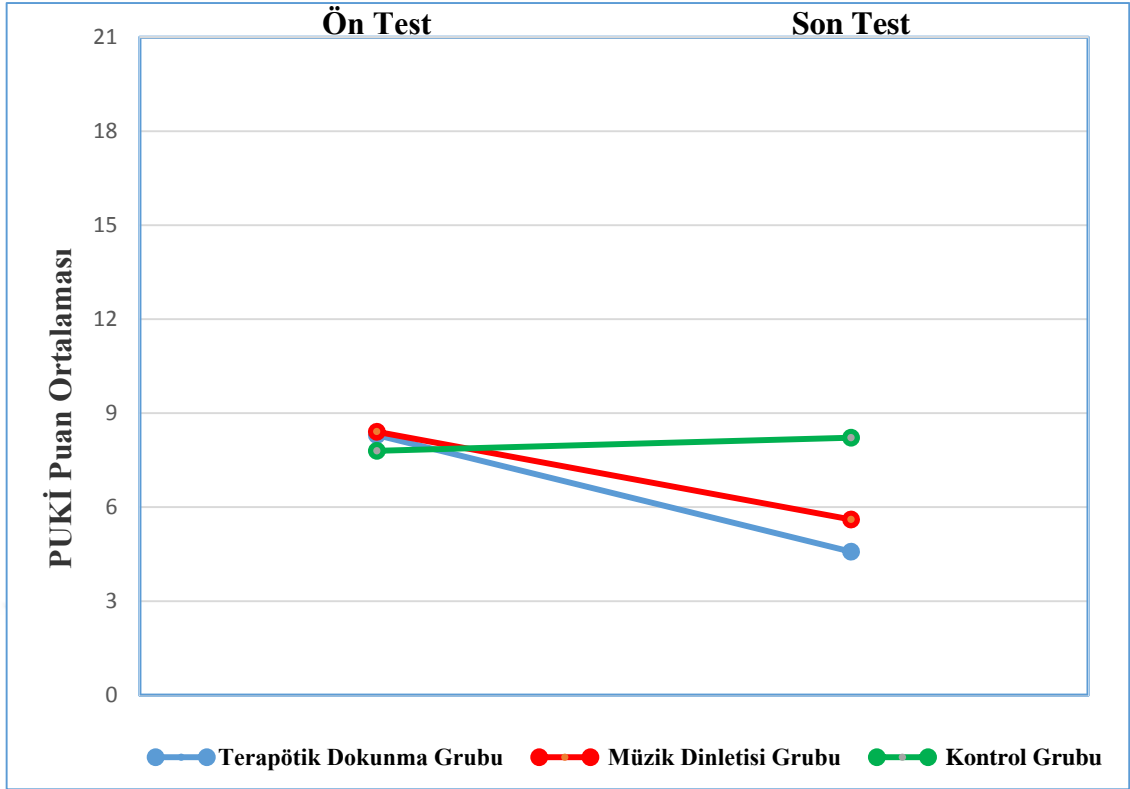
PUKİ Uyku Kalitesi	Terapötik Dokunma Grubu (n=36)		Müzik Dinletisi Grubu (n=36)		Kontrol Grubu (n=36)	
	n	%	n	%	n	%
İyi (<5 puan)	4	11.1	4	11.1	8	22.2
Kötü (≥ 5 puan)	32	89.9	32	89.9	28	77.8

Tablo 4.3’ de deney ve kontrol gruplarındaki kadınların girişim öncesi PUKİ uyku kalitesi dağılımı yer almaktadır. Araştırmada TD grubundaki kadınların %89.9’unun, müzik dinletisi grubunda %89.9’unun ve kontrol grubunda %77.8’inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Gruplar Arası ve Grup İçi Ön Test Son Test PUKİ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PUKİ Alt Boyutlar ve Toplam	Terapötik Dokunma Grubu (n=36)				Müzik Dinletisi Grubu (n=36)				Kontrol Grubu (n=36)							
	Ön Test		Son Test		Ön Test		Son Test		Ön Test		Son Test		Ön Test		Son Test	
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	Test ve p değeri	Eta Kare (η ²)	Test ve p değeri	Eta Kare (η ²)
Öznel Uyku Kalitesi	1.25±0.76	0.72±0.70	1.44±0.90	1.05±0.62	1.22±0.79	1.52±0.81			F=0.771	0.014	F=11.451	0.179			F=11.451	0.179
Test ve p değeri	t=3.366	p=0.002	t=3.045	p=0.004	t=-2.142	p=0.039			p=0.469		p<0.001				c>a, c>b	
Cohen d	0.561		0.507		-0.357											
Uyku Latansı	1.72±0.91	1.05±0.82	2.00±0.63	1.13±0.83	1.58±0.90	1.58±0.90			F=2.364	0.043	F=3.669	0.065			F=3.669	0.065
Test ve p değeri	t=5.292	p<0.001	t=6.200	p<0.001	t=0.000	p=1.000			p=0.099		p=0.029				c>a	
Cohen d	0.882		1.033		-											
Uyku Süresi	1.61±1.10	0.83±0.91	1.61±0.99	0.97±0.99	1.63±0.86	1.63±1.01			F=0.009	0.000	F=6.990	0.118			F=6.990	0.118
Test ve p değeri	t=5.197	p<0.001	t=3.764	p=0.001	t=0.000	p=1.000			p=0.991		p=0.001				c>a, c>b	
Cohen d	0.867		0.627		-											
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.94±1.19	0.22±0.59	1.02±1.08	0.55±0.77	1.36±1.12	1.22±1.17			F=1.359	0.025	F=12.049	0.187			F=12.049	0.187
Test ve p değeri	t=3.654	p=0.001	t=2.303	p=0.027	t=1.536	p=0.134			p=0.261		p<0.001				c>a, c>b	
Cohen d	0.609		0.383		0.256											
Uyku Bozukluğu	1.58±0.60	1.19±0.70	1.52±0.69	1.30±0.74	1.27±0.56	1.41±0.60			F=2.446	0.045	F=0.933	0.017			F=0.933	0.017
Test ve p değeri	t=3.393	p=0.002	t=1.848	p=0.073	t=-1.536	p=0.134			p=0.092		p=0.397				p=0.397	
Cohen d	0.565		0.308		-0.256											
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.19±1.11	0.55±0.77	0.80±0.82	0.58±0.84	0.72±0.88	0.83±0.94			F=2.541	0.046	F=1.154	0.022			F=1.154	0.022
Test ve p değeri	t=3.990	p<0.001	t=1.311	p=0.199	t=-1.000	p=0.324			p=0.084		p=0.319				p=0.319	
Cohen d	0.665		0.218		-0.166											
PUKİ Toplam	8.30±3.80	4.58±3.06	8.41±2.90	5.61±3.20	7.80±3.27	8.22±3.42			F=0.341	0.022	F=7.515	0.125			F=7.515	0.125
Test ve p değeri	t=8.727	p<0.001	t=4.827	p<0.001	t=-1.335	p=0.191			p=0.712		p=0.001				c>a, c>b	
Cohen d	1.454		0.804		-0.222											

F: One-Way ANOVA Test, t: Paired-Samples t Test, a: Terapötik Dokunma Grubu, b: Müzik Dinletisi Grubu, c: Kontrol Grubu



Şekil 4.1. PUKİ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.4’ de deney ve kontrol grubundaki kadınların gruplar arası ve grup içi ön test son test PUKİ alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test PUKİ öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutları puan ortalamaları ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Terapötik dokunma grubunda ön test PUKİ toplam puan ortalaması 8.30 ± 3.80 , müzik dinletisi grubunda ön test PUKİ toplam puan ortalaması 8.41 ± 2.90 ve kontrol grubunda ise ön test PUKİ toplam puan ortalaması 7.80 ± 3.27 olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1).

Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test PUKİ öznel uyku kalitesi ($p<0.001$), uyku latansı ($p<0.05$), uyku süresi ($p\leq 0.001$) ve alışılmış uyku etkinliği ($p<0.001$) alt boyutları puan ortalamaları ve PUKİ toplam puan ($p\leq 0.001$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur (Tablo 4.4). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey analizinde PUKİ öznel uyku kalitesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği alt boyut puan ortalamaları ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasındaki bu farkın kontrol grubundan

kaynaklandığı belirlenmiştir. Uyku latansı alt boyut puan ortalamasındaki farkın ise kontrol ve TD grubu arasında olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun son test PUKİ toplam puan ortalamasının TD ve müzik dinletisi gruplarının son test PUKİ toplam puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1). Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test PUKİ alt boyutlarından uyku latansı ($\eta^2=0.065$), uyku süresi ($\eta^2=0.118$) ve PUKİ toplam ($\eta^2=0.125$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne; öznel uyku kalitesi ($\eta^2=0.179$) ve alışılmış uyku etkinliği ($\eta^2=0.187$) puan ortalamalarının ise büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test PUKİ alt boyutlarından uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test PUKİ alt boyutlarından uyku bozukluğu ($\eta^2=0.017$) ve gündüz işlev bozukluğu ($\eta^2=0.022$) puan ortalamaları arasındaki etki büyüklüğü küçük bulunmuştur (Tablo 4.4).

Araştırmada TD grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; PUKİ öznel uyku kalitesi ($p<0.05$), uyku latansı ($p<0.001$), uyku süresi ($p<0.001$), alışılmış uyku etkinliği ($p\leq 0.001$), uyku bozukluğu ($p<0.05$), gündüz işlev bozukluğu ($p<0.001$) alt boyutları puan ortalamaları ve PUKİ toplam puan ($p<0.001$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur. Terapötik dokunma grubunda PUKİ toplam puan ortalamasının ön testte göre (8.30 ± 3.80) son testte (4.58 ± 3.06) önemli düzeyde azaldığı görülmektedir (Tablo 4.4) (Şekil 4.1). Terapötik dokunma grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; PUKİ alt boyutlarından öznel uyku kalitesi (Cohen $d=0.561$), uyku bozukluğu (Cohen $d=0.565$), alışılmış uyku etkinliği (Cohen $d=0.609$) ve gündüz işlev bozukluğu (Cohen $d=0.665$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne; uyku latansı (Cohen $d=0.882$), uyku süresi (Cohen $d=0.867$) ve PUKİ toplam puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne (Cohen $d=1.454$) sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; PUKİ öznel uyku kalitesi ($p<0.05$), uyku latansı ($p<0.001$), uyku süresi ($p\leq 0.001$), alışılmış uyku etkinliği ($p<0.05$) alt boyutları ve PUKİ Toplam puan ($p<0.001$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur (Tablo 4.4). Müzik dinletisi grubunda PUKİ toplam puan ortalamasının ön testte göre (8.41 ± 2.90) son testte (5.61 ± 3.20) önemli düzeyde azaldığı görülmektedir (Şekil 4.1). Müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırılmasında; PUKİ alt

boyutlarından alışılmış uyku etkinliği (Cohen $d=0.383$) puan ortalamalarının küçük etki büyüklüğüne; öznel uyku kalitesi (Cohen $d=0.507$) ve uyku süresi (Cohen $d=0.627$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne; uyku latansı (Cohen $d=1.033$) ve PUKİ toplam (Cohen $d=0.804$) puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

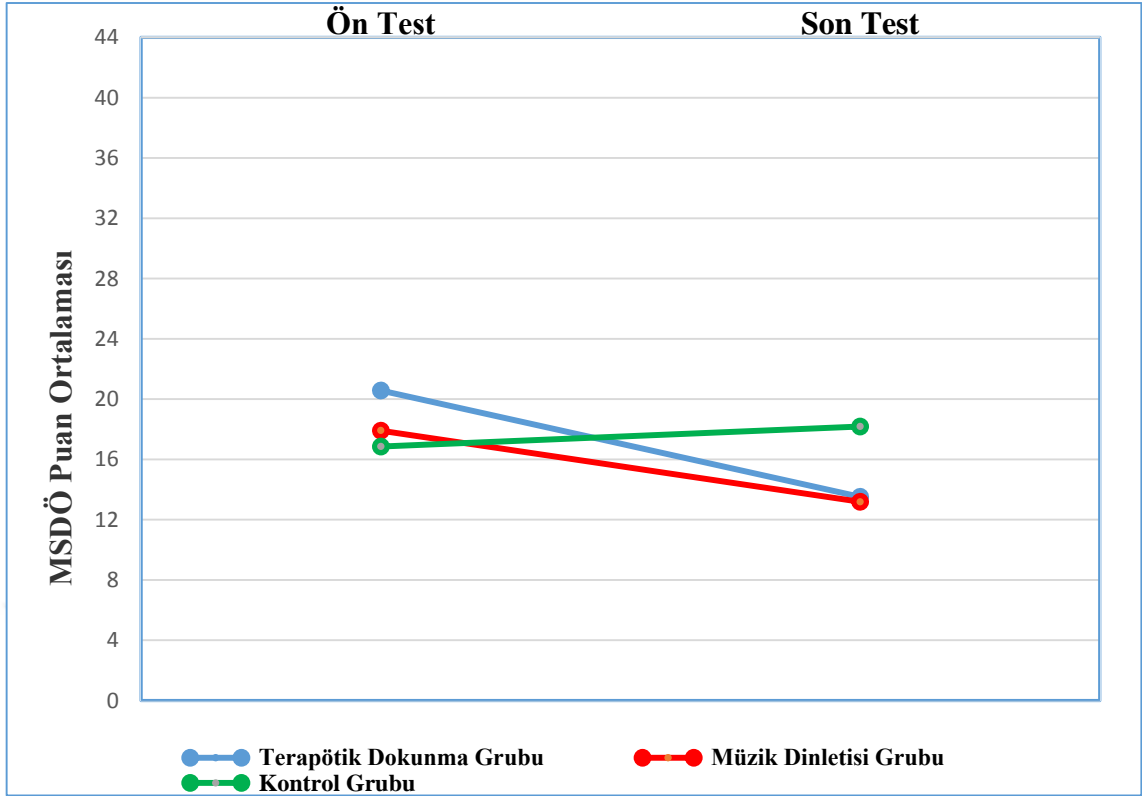
Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; PUKİ uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak girişim sonrası PUKİ uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarının son test puan ortalamalarına bakıldığında ön testte göre düşüşler olduğu belirlenmiştir. Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırılmasında; PUKİ alt boyutlarından uyku bozukluğu (Cohen $d=0.308$) ve gündüz işlev bozukluğu (Cohen $d=0.218$) puan ortalamalarının küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Araştırmada kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; PUKİ öznel uyku kalitesi alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Kontrol grubundaki kadınların PUKİ öznel uyku kalite alt boyut puan ortalamasının ön testte göre (1.22 ± 0.79) göre son testte (1.52 ± 0.81) arttığı diğer bir ifade ile öznel uyku kalitelerinin kötüleştiği görülmektedir. Kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; PUKİ uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu alt boyut puan ortalamalarının ve PUKİ Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak kontrol grubundaki kadınların son test PUKİ toplam puan ortalamasının ön testte göre (7.80 ± 3.27) son testte (8.22 ± 3.42) istatistiksel olarak anlamlı olmayan hafif bir artış olduğu görülmektedir (Şekil4.1). Kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırılmasında; PUKİ alt boyutlarından gündüz işlev bozukluğu (Cohen $d=-0.166$) puan ortalamalarının etkisiz etki büyüklüğüne; öznel uyku kalitesi (Cohen $d=-0.357$), alışılmış uyku etkinliği (Cohen $d=0.256$), uyku bozukluğu (Cohen $d=-0.256$) puan ortalamalarının ve PUKİ toplam (Cohen $d=-0.222$) puan ortalamalarının küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Gruplar Arası ve Grup İçi Ön Test Son Test MSDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MSDÖ Alt Boyutlar ve Toplam	Terapötik Dokunma Grubu (n=36)			Müzik Dinletisi Grubu (n=36)			Kontrol Grubu (n=36)			Gruplar Arası Karşılaştırma			
	Ön Test		Son Test	Ön Test		Son Test	Ön Test		Son Test	Ön Test Karşılaştırması		Son Test Karşılaştırması	
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	Test ve p değeri	Eta Kare (η ²)	Test ve p değeri	Eta Kare (η ²)
Somatik Şikayetler	7.55±3.40	5.08±3.07	6.66±3.37	5.02±3.29	6.11±2.39	6.86±2.52	6.11±2.39	5.02±3.29	6.86±2.52	F=1.994	0.037	F=4.401	0.077
Test ve p değeri	t=5.453	p<0.001	t=3.251	p=0.003	t=-2.311	p=0.027	t=-2.311	p=0.027	t=-2.311	p=0.141		p=0.015	
Cohen d	0.908		0.541		-0.385		0.541		-0.385			c>a, c>b	
Psikolojik Şikayetler	8.25±3.44	5.02±2.97	7.22±3.34	4.86±3.53	6.83±3.50	7.13±3.59	6.83±3.50	4.86±3.53	7.13±3.59	F=1.636	0.030	F=5.080	0.088
Test ve p değeri	t=6.932	p<0.001	t=4.712	p<0.001	t=-0.760	p=0.452	t=-0.760	p=0.452	t=-0.760	p=0.200		p=0.008	
Cohen d	1.155		0.785		-0.126		0.785		-0.126			c>a, c>b	
Ürogenital Şikayetler	4.77±2.24	3.41±2.03	4.02±1.96	3.30±2.50	3.91±2.07	4.19±2.29	3.91±2.07	3.30±2.50	4.19±2.29	F=1.795	0.033	F=1.618	0.030
Test ve p değeri	t=3.639	p=0.001	t=2.173	p=0.037	t=-1.203	p=0.237	t=-1.203	p=0.237	t=-1.203	p=0.171		p=0.203	
Cohen d	0.606		0.362		-0.200		0.362		-0.200				
MSDÖ Toplam	20.58±7.30	13.52±7.01	17.91±7.19	13.19±8.33	16.86±6.20	18.19±6.60	16.86±6.20	13.19±8.33	18.19±6.60	F=2.767	0.050	F=5.200	0.090
Test ve p değeri	t=6.952	p<0.001	t=4.431	p<0.001	t=-1.848	p=0.073	t=-1.848	p=0.073	t=-1.848	p=0.067		p=0.007	
Cohen d	1.158		0.738		-0.308		0.738		-0.308			c>a, c>b	

F: One-Way ANOVA Test, t: Paired-Samples t Test, a: Terapötik Dokunma Grubu, b: Müzik Dinletisi Grubu, c: Kontrol Grubu



Şekil 4.2. MSDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.5’de deney ve kontrol grubundaki kadınların gruplar arası ve grup içi ön test son test MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test MSDÖ somatik şikayetler, psikolojik şikayetler, ürogenital şikayetler alt boyutları puan ortalamalarının ve MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test MSDÖ somatik şikayetler ve psikolojik şikayetler alt boyutları puan ortalamalarının ve MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey analizinde alt boyutlar ve MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki bu farkın kontrol grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrol grubunun son test MSDÖ toplam puan ortalamasının TD ve müzik dinletisi gruplarının son test toplam puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.2). Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test MSDÖ alt boyutlarından somatik şikayetler ($\eta^2=0.077$), psikolojik şikayetler ($\eta^2=0.088$) ve MSDÖ toplam ($\eta^2=0.090$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmada

deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test MSDÖ ürogenital şikayetler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test MSDÖ alt boyutlarından ürogenital şikayetler ($\eta^2=0.030$) puan ortalamalarının küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Araştırmada TD grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MSDÖ somatik şikayetler ($p<0.001$), psikolojik şikayetler ($p<0.001$), ürogenital şikayetler ($p\leq 0.001$) alt boyutları puan ortalamaları ve MSDÖ toplam ($p<0.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (Tablo 4.5). Terapötik dokunma grubunda MSDÖ toplam puan ortalaması ön testte göre (20.58 ± 7.30) son testte (13.52 ± 7.01) anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir (Şekil 4.2). Terapötik dokunma grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırılmasında; MSDÖ alt boyutlarından ürogenital şikayetler (Cohen $d=0.606$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne; somatik şikayetler (Cohen $d=0.908$), psikolojik şikayetler (Cohen $d=1.155$) ve MSDÖ toplam (Cohen $d=1.158$) puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MSDÖ somatik şikayetler ($p<0.05$), psikolojik şikayetler ($p<0.001$), ürogenital şikayetler ($p<0.05$) alt boyutları ve MSDÖ toplam ($p<0.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (Tablo 4.5). Müzik dinletisi grubunda MSDÖ toplam puan ortalaması ön testte göre (17.91 ± 7.19) son testte (13.19 ± 8.33) azaldığı görülmektedir (Şekil 4.2). Müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MSDÖ alt boyutlarından ürogenital şikayetler (Cohen $d=0.362$) puan ortalamalarının küçük etki büyüklüğüne; somatik şikayetler (Cohen $d=0.541$), psikolojik şikayetler (Cohen $d=0.785$) ve MSDÖ toplam (Cohen $d=0.738$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Araştırmada kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MSDÖ somatik şikayetler alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Kontrol grubundaki MSDÖ somatik şikayetler alt boyutunun puan ortalamasının ön testte göre (6.11 ± 2.39) göre son testte (6.86 ± 2.52) hafif düzeyde arttığı görülmektedir. Kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MSDÖ psikolojik şikayetler, ürogenital şikayetler alt boyutları puan ortalamalarının ve MSDÖ toplam puan

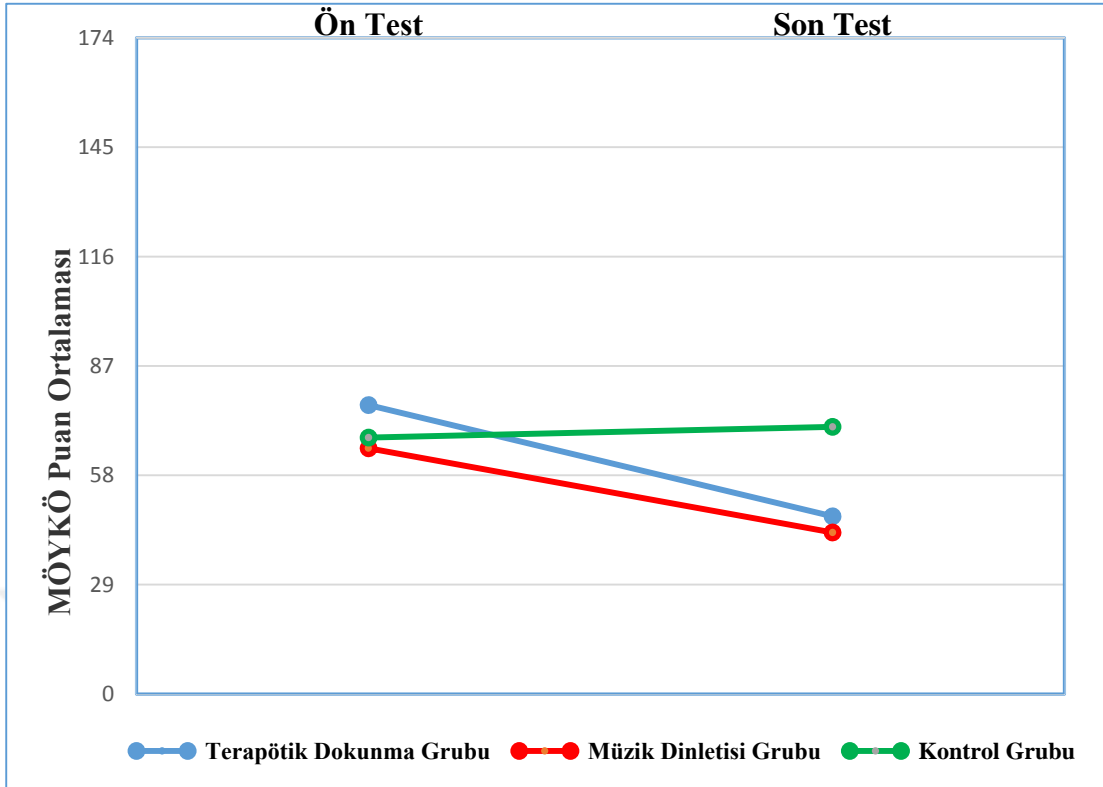
ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak kontrol grubunda MSDÖ toplam puan ortalaması ön teste göre (16.86 ± 6.20) son testte (18.19 ± 6.60) hafif düzeyde arttığı görülmektedir (Şekil 4.2). Kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MSDÖ alt boyutlarında psikolojik şikayetler (Cohen $d=-0.126$) puan ortalamalarının etkisiz etki büyüklüğüne; somatik şikayetler (Cohen $d=-0.385$), ürogenital şikayetler (Cohen $d=-0.200$) ve MSDÖ toplam (Cohen $d=-0.308$) puan ortalamalarının küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).



Tablo 4.6. Deneysel ve Kontrol Grupundaki Kadınların Gruplar Arası ve Grup İçi Ön Test Son Test MÖYKÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MÖYKÖ Alt Boyutlar ve Toplam	Terapötik Dokunma Grubu (n=36)			Müzik Dinletisi Grubu (n=36)			Kontrol Grubu (n=36)			Gruplar Arası Karşılaştırma		
	Ön Test		Son Test		Ön Test		Son Test		Ön Test		Son Test	
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	Test ve p değeri	Eta Kare (η ²)	Test ve p değeri	Eta Kare (η ²)
Vazomotor Alan	8.08±5.18	4.77±4.12	6.58±5.45	3.61±3.39	7.13±5.11	7.16±4.18	F=0.749	F=7.695	0.014	p=0.001	0.128	
Test ve p değeri	t=6.967	p<0.001	t=4.957	p<0.001	t=-0.057	p=0.955						
Cohen d	1.161	0.826		-0.009							c>a, c>b	
Psikosozyal Alan	16.11±9.49	9.77±7.80	14.11±8.70	9.44±7.99	12.94±9.02	15.88±8.95	F=1.532	F=6.934	0.028	p=0.001	0.117	
Test ve p değeri	t=5.406	p<0.001	t=4.165	p<0.001	t=-2.655	p=0.012						
Cohen d	0.901	0.694		-0.442							c>a, c>b	
Fiziksel Alan	43.38±17.55	27.88±15.97	38.61±14.78	25.66±13.72	41.55±17.74	41.80±16.07	F=0.746	F=11.774	0.014	p<0.001	0.183	
Test ve p değeri	t=5.894	p<0.001	t=5.363	p<0.001	t=-0.142	p=0.888						
Cohen d	0.982	0.893		-0.023							c>a, c>b	
*Cinsel Alan	8.55±5.27	4.69±4.13	5.86±4.38	4.13±4.29	6.38±5.52	6.00±4.85	F=2.838	F=1.667	0.051	p=0.194	0.031	
Test ve p değeri	t=6.347	p<0.001	t=3.582	p=0.001	t=0.827	p=0.414						
Cohen d	1.057	0.597		0.137								
MÖYKÖ Toplam	76.63±28.94	47.13±27.19	65.16±26.02	42.86±25.37	68.02±30.08	70.86±27.49	F=1.591	F=11.485	0.029	p<0.001	0.179	
Test ve p değeri	t=6.464	p<0.001	t=5.722	p<0.001	t=-1.043	p=0.304						
Cohen d	1.077	0.953		-0.173							c>a, c>b	

* Sadece evli olanlar cevaplamıştır. F: One-Way ANOVA Test, t: Paired-Samples t Test, a: Terapötik Dokunma Grubu, b: Müzik Dinletisi Grubu, c: Kontrol Grubu



Şekil 4.3. MÖYKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.6’da deney ve kontrol grubundaki kadınların gruplar arası ve grup içi ön test son test MÖYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test MÖYKÖ vazomotor alan, psikososyal alan, fiziksel alan, cinsel alan alt boyutları puan ortalamaları ve MÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test MÖYKÖ vazomotor alan ($p\leq 0.001$), psikososyal alan ($p\leq 0.001$) ve fiziksel alan ($p<0.001$) alt boyut puan ortalamalarının ve MÖYKÖ toplam ($p<0.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur (Tablo 4.6). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey analizinde alt boyutlar ve MÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki bu farkın kontrol grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrol grubunun MÖYKÖ toplam puan ortalamasının TD ve müzik dinletisi gruplarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test MÖYKÖ alt boyutlarından vazomotor alan ($\eta^2=0.128$) ve psikososyal alan ($\eta^2=0.117$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne; fiziksel alan ($\eta^2=0.183$) ve MÖYKÖ toplam ($\eta^2=0.179$) puan

ortalamlarının büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınların son test MÖYKÖ cinsel alan alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamış ($p>0.05$) olup, puan ortalamalarının ($\eta^2=0.031$) küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Araştırmada TD grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ vazomotor alan, psikososyal alan, fiziksel alan ve cinsel alan alt boyutları puan ortalamaları ve MÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). Terapötik dokunma grubunda MÖYKÖ toplam puan ortalaması ön testte göre (76.63 ± 28.94) son testte (47.13 ± 27.19) anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Sekil 4.3). Terapötik dokunma grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ alt boyutlarından vazomotor alan (Cohen $d=1.161$), psikososyal alan (Cohen $d=0.901$), fiziksel alan (Cohen $d=0.982$), cinsel alan (Cohen $d=1.057$) ve MÖYKÖ toplam (Cohen $d=1.077$) puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ vazomotor alan ($p<0.001$), psikososyal alan ($p<0.001$), fiziksel alan ($p<0.001$) ve cinsel alan ($p\leq 0.001$) alt boyutları puan ortalamaları ve MÖYKÖ toplam puan ($p<0.001$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur. Müzik dinletisi grubunda MÖYKÖ toplam puan ortalaması ön testte göre (65.16 ± 26.02) son testte (42.86 ± 25.37) azaldığı görülmektedir (Sekil 4.6). Müzik dinletisi grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ alt boyutlarından psikososyal alan (Cohen $d=0.694$), cinsel alan (Cohen $d=0.597$) puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne; fiziksel alan (Cohen $d=0.893$), vazomotor alan (Cohen $d=0.826$) ve MÖYKÖ toplam (Cohen $d=0.953$) puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Araştırmada kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ vazomotor alan, fiziksel alan ve cinsel alan alt boyutları puan ortalamaları ve MÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubundaki MÖYKÖ toplam puan ortalaması ön testte göre (68.02 ± 30.08) son testte (70.86 ± 27.49) istatistiksel olarak anlamlı olmayan hafif düzeyde bir artış görülmektedir (Sekil 4.3). Kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ alt boyutlarından vazomotor alan (Cohen $d=-0.009$), fiziksel alan (Cohen $d=-0.023$), cinsel alan (Cohen

d=0.137) ve MÖYKÖ toplam (Cohen d=-0.173) puan ortalamalarının etkisiz etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Araştırmada kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ psikososyal alan alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda MÖYKÖ psikososyal alan alt boyutunun puan ortalaması ön testte göre (12.94 ± 9.02) son testte (15.88 ± 8.95) arttığı görülmektedir. Kontrol grubundaki kadınların grup içi ön test son test karşılaştırmasında; MÖYKÖ alt boyutlarından psikososyal alan (Cohen d=-0.442) puan ortalamalarının küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).



5. TARTIŞMA

Menopoz semptomları yaşamı tehdit etmese de, yüksek prevalansı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle sağlık sistemi içinde önemli bir yer tutmaktadır. Kadınların yaklaşık dörtte üçü menopoz sırasında sıcak basması, gece terlemesi, yorgunluk, ağrı ve uyku sorunları gibi semptomlar yaşar. Bu semptomlar genellikle menopozdan sonra birkaç yıl boyunca devam eder ve günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Menopozal dönemdeki kadınların semptomlarla başa çıkmak için kullandıkları ilaçların istenmeyen yan etkilerinden dolayı, birçok kadın son dönemlerde TAT yöntemlerine başvurmaktadır (7, 13, 192). Bu bağlamda literatür taramasında menopozal kadınlarda TD ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle menopozal kadınlarda TD ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yaptığımız araştırmanın bulguları benzer literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) deney ve kontrol gruplarının benzer olduğu belirlenmiştir. Bu durum deney ve kontrol grupları arasında homojenliğin sağlanması açısından önemlidir (Tablo 3.1).

Araştırmada TD, müzik dinletisi ve kontrol gruplarındaki kadınların ön testte büyük bir kısmının uyku kalitesinin kötü olduğu ve uyku kalitesi özelliklerinin birbirine benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Bulgularımızla benzer şekilde Vardar ve arkadaşlarının 66 kadın (33 girişim, 33 kontrol) üzerinde yaptıkları çalışmada ön testte girişim grubunun ve kontrol grubunun büyük çoğunluğunun uyku kalitesinin kötü olduğu ve grupların uyku kalitelerinin benzer olduğu belirlenmiştir (193). Moudi ve arkadaşlarının 600 menopozal kadın ile yaptıkları çalışmada; menopoz sonrası kadınların yarısından fazlasının (%56.3) uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (1). Yine Hwang ve arkadaşları 45-64 yaşları arasındaki premenopozal, perimenopozal ve postmenopozal dönemlerde olan 3000 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, %26'sının düşük uyku kalitesine sahip olduğunu belirlemiştir (194). Araştırma bulgumuz Vardar ve arkadaşlarının bulguları ile benzerdir. Literatür incelendiğinde menopozal kadınların uyku kalitelerinin farklı oranlarda düşük olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur (1, 193–195). Bu farklılığın çalışmalara dâhil edilen kadınların menopoz evrelerinin,

kültürel özelliklerin ve çalışma türlerinin farklı olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Uyku bedensel ve zihinsel sağlığın devamında önemli bir rol oynadığı için genel sağlık için kritik bir öneme sahiptir. Toplumumuzda uyku sorunları yaygın olmakla birlikte yaş arttıkça ve menopoza geçiş ile doğru orantılı bir şekilde prevalansı da artmaktadır. (26, 91). Terapötik dokunma grubundaki kadınların girişimler sonrası PUKİ alt boyutları ve PUKİ toplam puanlarında önemli düzeyde düşüşler olduğu ve PUKİ toplam puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne (Cohen $d=1.454$) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). PUKİ toplamdan alınan puan arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği göz önüne alındığında kadınların uyku kalitelerinin önemli düzeyde iyileştiği görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda **“H1: Terapötik dokunma menopozal kadınlarda uyku kalitesini etkiler”** hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde TD'nin menopozal kadınlarda uyku kalitesine etkisinin incelendiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışma TD'nin farklı örneklem gruplarında uyku kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalarla tartışılmıştır. Literatürde farklı örneklem gruplarında yapılan sınırlı sayıda çalışma incelendiğinde öğrencilerde (21), kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde (196), geriatrik palyatif bakım ünitesinde yatan hastalarda (23) ve huzur evinde yaşayan yaşlılarda (144) TD uygulamasının yarattığı gevşeme etkisi ile uyku üzerine olumlu etkileri olduğu görülmektedir (21, 23, 144). Doğru ve arkadaşları yaptıkları çalışmada terapötik dokunmanın bireylerin stres durumunu, gündüz uykulu olma durumunu azalttığı ve uyku kalitesini iyileştirmede olumlu etkilerinin olduğunu saptamıştır (21). Bu sonuçlar bize uygulanan TD'nin enerji akışındaki tıkanıklıkları düzelterek ve yarattığı rahatlama tepkisi ile kadınların uyku kalitelerini ileri düzeyde olumlu etkilediğini düşündürmektedir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada TD grubundaki kadınların girişimler sonrası son testte MSDÖ alt boyutları ve MSDÖ toplam puanlarında ileri düzeyde düşüşler olduğu ve MSDÖ toplam puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne (Cohen $d=1.158$) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). MSDÖ toplamdan alınan puan arttıkça yaşanan şikayetlerin arttığı göz önüne alındığında TD'nin menopozal semptomları önemli düzeyde iyileştirdiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda **“H2: Terapötik dokunma menopozal kadınlarda menopozal semptomları etkiler”** hipotezi kabul edilmiştir. Literatür incelendiğinde TD'nin menopozal semptomlar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışma menopozal semptomlar arasında olan

ağrı, yorgunluk depresyon gibi belirtiler üzerine TD'nin etkisinin farklı örneklem gruplarında incelendiği çalışmalarla ile tartışılmıştır. Marta ve arkadaşları kronik ağrısı olan bireylere sekiz seans yapılan TD'nin bireylerin ağrı yoğunluğunu ve depresif tutumunu azalttığı ve uyku kalitesini artırdığını belirlemiştir (24). Mueller ve arkadaşları Avusturya'da nörolojik birimdeki yetişkinlere dört gün boyunca terapötik uygulama yapılan grubun, farmakolojik ağrı tedavisi gören gruba kıyasla ağrı durumlarında iyileşmenin daha belirgin olduğunu saptamıştır (17). Bu sonuçlar doğrultusunda uygulanan TD'nin enerji akışındaki dengesizlikleri onararak vücudun doğal iyileşme sürecine destek olduğunu dolayısıyla kadınların menopozal semptomlarını önemli seviyede olumlu etkilediğini göstermektedir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Kadın nüfusunun çoğunluğu fiziksel ve zihinsel sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek şiddetli menopozal semptomlar yaşayabilir. Sıcak basması, eklem ağrısı, vajinal kuruluk, yorgunluk, sinirlilik, kötü uyku ve depresyon gibi semptomlar kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkiler (112). Araştırmada TD grubundaki kadınların girişimler sonrası son testte MÖYKÖ alt boyutları ve MÖYKÖ toplam puan ortalamalarında önemli düzeyde düşüşler olduğu ve MÖYKÖ toplam puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne (Cohen $d=1.077$) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). MÖYKÖ toplamdan alınan puan arttıkça yaşanan yakınmaların arttığı göz önüne alındığında TD'nin menopoza özgü yaşam kalitesinin önemli düzeyde iyileştirdiği görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda **“H3: Terapötik dokunma menopozal kadınlarda yaşam kalitesini etkiler”** hipotezi kabul edilmiştir. Literatür incelendiğinde TD'nin menopozal kadınlarda yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışma yaşam kalitesini etkileyen menopozal yakınmalar arasında olan ağrı, yorgunluk depresyon gibi belirtiler üzerine TD'nin etkisini inceleyen çalışmalar ile tartışılmıştır. Alp ve arkadaşlarının huzur evinde kalan 60 kadını (TD: 30, kontrol: 30) dâhil ettikleri çalışmada, TD'nin kadınların kaygı düzeylerini azalttığı ve konfor düzeylerini artırdığı saptanmıştır (150). Kanser hastalarında TD'nin etkisini araştıran literatür incelemesinin yapıldığı çalışmada TD'nin bireylerde; ağrı, bunaltı, yorgunluk ve kaygıda azalma sağladığı, ruh hallerini olumlu etkilediği, gevşeme sağladığı, canlılıklarını artırdığı ve yaşamdan memnuniyet düzeylerini artırdığı ileri sürülmüştür (18). Bu sonuç bize herhangi bir yan etkisi olmayan, her yerde ve her zaman uygulanabilen TD'nin menopozal yakınmaların

şiddetini azaltarak, kadınların yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların girişim sonrası uygulanan son testte PUKİ öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği alt boyutlarında ve PUKİ toplam puan ortalamalarında önemli düzeyde düşüşler olduğu ve PUKİ toplam puan ortalamasının büyük etki büyüklüğüne (Cohen $d=0.804$) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). PUKİ toplamdan alınan puan arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği göz önüne alındığında müzik dinletisinin kadınların uyku kalitelerini önemli düzeyde iyileştirdiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda “**H4: Müzik dinletisi menopozal kadınlarda uyku kalitesini etkiler**” hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde müziğin menopozal kadınlarda uyku kalitesine etkisinin incelendiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Literatür incelendiğinde gebelerde (28), sağlıklı kadınlarda (26) ve 18 yaş üstü genel popülasyonda (197) yapılan farklı çalışmalarda ve meta-analiz çalışmasında (159) müziğin uyku kalitesini iyileştirdiği saptanmıştır (26, 28, 159, 197). Sistematik bir derleme ve meta-analiz çalışmasında müzik dinleyen bireylerin müzik dinlemeyenlere göre daha iyi bir uyku kalitesine sahip olduğu, sakinleştirici müzik dinleyen bireylerin ritm merkezli müzik dinleyenlere göre uyku kalitelerinde daha önemli düzeyde iyileşme sağladığı ve 4 haftadan daha uzun süre müzik dinlemenin uyku kalitesini iyileştirmede kısa süreli müzik dinlemeye göre daha etkili olduğu belirlenmiştir (31). Cordi ve arkadaşlarının rahatlatıcı müziğin sağlıklı uyku üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada kadınlara müzik ya da metin dinletmişlerdir. Müzik dinletilen kadınların öznel uyku kalitelerinde iyileşmeler olduğu belirlenmiştir (26). Bu sonuç bize uygulanan müzik dinletisinin relaksasyon sağlayarak kadınların uyku kalitelerini olumlu etkilediğini düşündürmektedir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Menopozal dönem kadın yaşamının normal bir evresi olarak kabul edilse de birçok kadın fiziksel ve metabolik değişiklikler, sıcak basması, terleme, çarpıntı, üriner sorunlar, cinsel sorunlar, uyku bozukluğu ve depresyon gibi çeşitli sorunlar yaşar (198, 199). Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların girişimler sonrası son testte MSDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarında önemli düzeyde düşüşler olduğu ve MSDÖ toplam puan ortalamalarının orta etki büyüklüğüne (Cohen $d=0.738$) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). MSDÖ toplamdan alınan puan arttıkça yaşanan şikayetlerin arttığı göz önüne alındığında müzik dinletisinin menopozal semptomları iyileştirdiği söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda “**H5: Müzik dinletisi menopozal**

kadınlarda menopozal semptomları etkiler” hipotezi kabul edilmiştir. Literatür incelendiğinde müzik dinletisinin menopozal semptomlar üzerindeki etkisini inceleyen çok sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (32, 177). Koçak ve arkadaşları müzik terapisinin menopoz semptomları ve depresyon üzerine etkisinin incelendiği çalışmada müzik ve kontrol grubunda ön test MSDÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel fark olmadığını ancak girişim sonrası müzik dinletisi grubunun MSDÖ toplam ve alt boyutlarının son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre %99 daha düşük olduğunu saptamışlardır (177). Bhave ve arkadaşlarının 60 menopozal kadın üzerinde yaptıkları çalışmada müzik terapisinin menopozal kadınlarda stresi önemli derecede azalttığı saptanmıştır (32). Bu sonuç müzik dinletisinin menopozal kadınları rahatlatarak ve dikkati olumsuz duygulardan uzaklaştırarak, kadınların menopozal semptomları daha az hissetmelerine neden olduğunu düşündürmektedir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada müzik dinletisi grubundaki kadınların girişimler sonrası son testte MÖYKÖ alt boyutları ve MÖYKÖ toplam ortalamalarında anlamlı düzeyde düşüşler olduğu ve MÖYKÖ toplam puan ortalamalarının büyük etki büyüklüğüne (Cohen $d=0.953$) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). MÖYKÖ toplamdan alınan puan arttıkça yaşanan yakınmaların arttığı göz önüne alındığında menopoza özgü yaşam kalitesinin önemli düzeyde iyileştiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda **“H6: Müzik dinletisi menopozal kadınlarda yaşam kalitesini etkiler”** hipotezi kabul edilmiştir. Literatür incelendiğinde müziğin menopozal kadınlar üzerinde etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (15, 30). Mo ve arkadaşlarının perimenopozal kadınlarda müzik terapisinin etkisini inceledikleri çalışmada depresyon ve yaşam kalitesinde önemli düzeyde iyileşmeler sağlandığı belirlenmiştir (15). Belagavi’de 40-60 yaş arasındaki 69 menopozal kadın (müzik terapisi: 23, step aerobik egzersizi: 23, müzik terapisi ve step aerobik egzersizi: 23) üzerinde yapılan bir çalışmada müzik terapisi ve step aerobik egzersizlerinin herhangi birisinin veya ikili kombinasyonunun kadınların yaşam kalitesini olumlu etkilediği saptanmıştır (30). Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir. Bu sonuç herhangi bir yan etkisi olmayan müzik dinletisinin yarattığı gevşeme hissi ile biyolojik ve fiziksel fonksiyonları olumlu etkilmesine bağlı menopozal yakınmaların şiddetinin azalmasında etkili olduğunu, kadınların refahını ve yaşam kalitesini olumlu etkilediğini göstermektedir.

Araştırmada dört haftalık girişim sonrası TD'nin ve müzik dinletisinin menopozal kadınlarda uyku kalitesini ileri düzeyde olumlu etkilediği, menopozal semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitesinin önemli düzeyde iyileştirdiği belirlenmiştir. Yapılan Cohen analizinde etki büyüklükleri incelendiğinde TD'nin müzik dinletisine göre uyku kalitesini, menopozal semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitesini daha olumlu etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.4) (Tablo 4.5) (Tablo 4.6). Bu sonuşların, TD'nin uygulayıcı tarafından bire bir uygulanması ve buna bağlı kadınların daha hızlı gevşeme tepkisi yaşamalarından, müzik dinlemenin kadınların kendi kontrollerinde olmasına bağlı iletişimin daha sınırlı olmasından, TD'nin tüm vücudu tarayarak enerji alanlarındaki akışı sağlayarak doğal iyileşme sürecini hızlandırmasından ve TD uygulamaları sonucunda kadınlardan alınan geri bildirimle bağlı yaşanan sorunlar üzerinde daha fazla yoğunlaşılmasını sağlamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Gruplar arası karşılaştırmada; deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikler bakımından birbirine benzediği ($p>0.05$),
- Gruplar arası karşılaştırmada; deney ve kontrol grupları arasında ön test PUKİ, MSDÖ ve MÖYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$),
- Gruplar arası karşılaştırmada; deney ve kontrol grupları arasında son test PUKİ, MSDÖ ve MÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$),
- Grup içi karşılaştırmada; araştırmada TD grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara oranla girişim sonrası PUKİ, MSDÖ, MYKÖ puanlarının düştüğü, uyku ve yaşam kalitelerinin arttığı, menopozal semptomlarının ise azaldığı,
- Grup içi karşılaştırmada; araştırmada müzik grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara oranla girişim sonrası PUKİ, MSDÖ, MYKÖ puanlarının düştüğü, uyku ve yaşam kalitelerinin arttığı, menopozal semptomlarının ise azaldığı,
- Grup içi karşılaştırmada; araştırmada kontrol grubundaki kadınların PUKİ, MSDÖ, MYKÖ puan ortalamalarında değişiklik olmadığı, uyku kalitelerinin, menopozal semptomlarının ve yaşam kalitelerinin değişmediği,
- Araştırmada TD'nin ve müzik dinletisinin uyku kalitesini, menopoz semptomlarını ve menopoza özgü yaşam kalitesini ileri düzeyde olumlu etkilediği ve TD'nin müzik dinletisine göre uyku kalitesini, menopoz semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitesini olumlu etkileme de daha etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin menopozal yakınmaları olan, uyku kaliteleri ve menopozal yaşam kalitesi düşük olan kadınların hemşirelik bakımında TD ve müzik dinletisi uygulamalarına yer vermesi,
- Terapötik dokunma uygulamasının hemşirelik bakımı içine entegre edilmesi için bu alanda özelleşmiş hemşirelerin yetiştirilmesi,

- Menopozal semptomları olan kadınlar için bütünsel yaklaşım sağlayan, invazif ve herhangi bir yan etkisi olmayan ve ucuz bir uygulama olan TD'nin semptomları azaltmada hormon tedavisi yerine kullanabileceği,
- Terapötik dokunma ve müzik dinletisi uygulamasının uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi üzerindeki iyileştirici etkilerine ait kanıt düzeyinin artırılması için bu yöntemlerin farklı popülasyonlarda ve daha geniş örneklem grupları ile çalışılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Moudi A, Dashtgard A, Salehiniya H, Sadat Katebi M, Reza RM, Reza JM. The relationship between health-promoting lifestyle and sleep quality in postmenopausal women. *Biomedicine* 2018, 8(2): 34-40.
2. Namazi M, Sadeghi R, Moghadam ZB. Social determinants of health in menopause: An integrative review. *Int J Womens Health* 2019, 11: 637-47.
3. Cintron D, Lipford M, Larrea-Mantilla L, Spencer-Bonilla G, Lloyd R, Gionfriddo MR, Gunjal S, Farrell AM, Miller VM, Murad MH. Efficacy of menopausal hormone therapy on sleep quality: Systematic review and meta-analysis. *Endocrine* 2017, 55(3): 702-11.
4. Wang YP, Yu Q. The treatment of menopausal symptoms by traditional Chinese medicine in Asian countries. *Climacteric* 2021, 24(1): 64-7.
5. Kim EJ. Sleep quality in middle-aged women: Focus on the impact of daytime drowsiness, presence or absence of disease, and sunlight exposure time. *J Med Pharm Allied Sci* 2021, 10(3): 3073-8.
6. Sarkar M, Mondal N. Prevalence of menopausal symptoms among Rural Bengalee. *Antrocom Online J of Anthropology* 2021, 17(2): 149-56.
7. Cramer H, Peng W, Lauche R. Yoga for menopausal symptoms-a systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 2018, 109: 13-25.
8. Attarian H, Hachul H, Guttuso T, Phillips B. Treatment of chronic insomnia disorder in menopause: Evaluation of literature. *Menopause* 2015, 22: 674-84.
9. Crivello A, Barsocchi P, Girolami M, Palumbo F. The meaning of sleep quality: A survey of available technologies. *IEEE Access* 2019, 7: 167374-90.
10. Troynikov O, Watson CG, Nawaz N. Sleep environments and sleep physiology: A review. *J Therm Biol* 2018, 78: 192-203.
11. Naghan PA, Hassani S, Sadr M, Malekmohammad M, Khoundabi B, Setareh J, Seifi S. Sleep disorders and mental health in menopausal women in Tehran. *Tanaffos* 2020, 19(1): 31-7.

12. Hachul H, Polesel DN. Insomnia pharmacotherapy: A review of current treatment options for insomnia in menopause. *Curr Sleep Med Rep* 2017, 3(4): 299-305.
13. Kamalifard M, Farshbaf-Khalili A, Namadian M, Ranjbar Y, Herizchi S. Comparison of the effect of lavender and bitter orange on sleep quality in postmenopausal women: A triple-blind, randomized, controlled clinical trial. *Women Health* 2018, 58(8): 851-65.
14. Johnson A, Roberts L, Elkins G. Complementary and alternative medicine for menopause. *J Evid Based Integr Med* 2019, 24: 1-14.
15. Mo MH, Jang HJ. Effect of the music therapy for peri-menopausal women. *IJCPP* 2018, 2(1): 1-6.
16. Pinar SE, Demirel G. The effect of therapeutic touch on labour pain, anxiety and childbirth attitude: A randomized controlled trial. *Eur J Integr Med* 2021, 41: 101255.
17. Mueller G, Palli C, Schumacher P. The effect of therapeutic touch on back pain in adults on a neurological unit: An experimental pilot study. *Pain Manag Nurs* 2019, 20(1): 75-81.
18. Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of therapeutic touch in patients with cancer: A literature review. *Med Arch (Sarajevo, Bosnia Herzegovina)* 2016, 70: 142-7.
19. Meehan CT. Therapeutic touch as a nursing intervention. *J Adv Nurs* 1998, 28(1): 117-25.
20. Younus J, Lock M, Vujovic O, Yu E, Malec J, D'Souza D, Stitt L. A case-control, mono-center, open-label, pilot study to evaluate the feasibility of therapeutic touch in preventing radiation dermatitis in women with breast cancer receiving adjuvant radiation therapy. *Complement Ther Med* 2015, 23(4): 612-6.
21. Doğru BV, Utli H, Şenuzun Aykar F. Effect of therapeutic touch on daytime sleepiness, stress and fatigue among students of nursing and midwifery: A randomized sham-controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2021, 43: 101322.
22. Garrett B, Riou M. A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research. *Nurs Open* 2021, 8(5): 2318-30.

23. Senderovich H, Ip ML, Berall A, Karuza J, Gordon M, Binns M, Wignarajah S, Grossman D, Dunal L. Therapeutic touch in a geriatric palliative care unit - a retrospective review. *Complement Ther Clin Pract* 2016, 24: 134-8.
24. Marta IER, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, da Silva MJP. The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: Clinical trial. *Rev Esc Enferm USP* 2010, 44(4): 1100-6.
25. Dall JV. Promoting sleep with therapeutic touch. *Addictions Nursing Network* 1993, 5(1): 23-4.
26. Cordi MJ, Ackermann S, Rasch B. Effects of relaxing music on healthy sleep. *Sci Rep* 2019, 9(1): 1-9.
27. Sheppard A, Broughton MC. Promoting wellbeing and health through active participation in music and dance: A systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-Being* 2020, 15(1): 1732526.
28. Liu YH, Lee CCS, Yu CH, Chen CH. Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. *Women Health* 2016, 56(3): 296-311.
29. Dickson GT, Schubert E. How does music aid sleep? Literature review. *Sleep Med* 2019, 63: 142-50.
30. Deshpande S, Kulkarn CA, Wadhokar OC, Phansopkar P, Arora SP. A community survey on effect of step aerobic exercises and music therapy on mental health in menopausal women. *J Med Pharm Allied Sci* 2021, 10(4): 3300-3.
31. Chen CT, Tung HH, Fang CJ, Wabg JL, Ko NY, Chang YJ, Chen YC. Effect of music therapy on improving sleep quality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2021, 69(7): 1925-32.
32. Bhave D, Mansawale S, Yeole U, Kulkarni S. Effect of yoga and music therapy for stress management in menopausal women: A comparative Study. *Int J Yoga Allied Sci* 2018, 7(1): 19-26.
33. Trappe HJ. Music and medicine: The effects of music on the human being. *Appl Cardiopulm Pathophysiol* 2012, 16: 133-42.

34. Gönenç I, Koç G. Menopoz dönemine yönelik uygulanan eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. *SDÜ Sağlık Bilim Dergisi* 2019, 10(1): 29-33.
35. Eyimaya AÖ, Tezel A. The effect of nursing approaches applied according to Meleis' transition theory on menopause-specific quality of life. *Health Care Women Int* 2021, 42(1): 107-26.
36. Hall H, Brosnan C, Frawley J, Wardle J, Collins M, Leach M. Nurses' communication regarding patients' use of complementary and alternative medicine. *Collegian* 2018, 25(3): 285-91.
37. Kaba F, Bozkurt Ö. Menopoz semptomlarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Ebelik ve Sağlık Bilim Dergisi* 2020, 3: 134-42.
38. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *FÜ Sağ Bil Derg* 2007, 21(5): 187-93.
39. Rathnayake N, Lenora J, Alwis G, Lekamwasam S. Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: A study from Sri Lanka. *Nurs Res Pract* 2019, 2019: 1-9.
40. Karmakar N, Majumdar S, Dasgupta A, Das S. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *J Midlife Health* 2017, 8(1): 21-7.
41. Abedian Z, Eskandari L, Abdi H, Ebrahimzadeh S. The effect of acupressure on sleep quality in menopausal women: A randomized control trial. *Iran J Med Sci* 2015, 40(4): 328-34.
42. Marlatt KL, Beyl RA, Redman LM. A qualitative assessment of health behaviors and experiences during menopause: A cross-sectional, observational study. *Maturitas* 2018, 116: 36-42.
43. Ali AM, Ahmed AH, Smail L. Psychological climacteric symptoms and attitudes toward menopause among Emirati women. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17(14): 1-19.
44. Altuntuğ K, Bekmezci E. Menopoz ile ilişkili semptomlara yönelik kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020, 2(3): 167-74.

45. Liu Z, Ai Y, Wang W, Zhou K, He L, Dong G, Fang J, Fu W, Su T, Wang J, Wang R, Yang J, Yue Z, Zang W, Zhou Z, Xu H, Wang Y, Liu B. Acupuncture for symptoms in menopause transition: A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2018, 219: 373.e1-373.e10.
46. ACOG. The menopause years. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/the-menopause-years> Son Erişim Tarihi: 20.08.2021.
47. Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA). http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Son Erişim Tarihi: 20.08.2021.
48. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitapevi, 2020: 579-89
49. Sut HK, Küçükkaya B. Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesi. *KASHED* 2018, 4(1): 51-68.
50. WHO. Research on the menopause: A report of the WHO scientific group. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41526/WHO_TRS_670.pdf;jsessionid=71260FADB506162BFE1FA88C1E776AAE?sequence=1 Son Erişim Tarihi: 21.08.2021.
51. Çelik F, Köse M. Gebelikte uyku kalitesinin trimester ile ilişkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2017, 18(3): 85-8.
52. Zhu X, Liew Y, Liu ZL. Chinese herbal medicine for menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 3: CD009023.
53. Mishra GD, Pandeya N, Dobson AJ, Chung HF, Anderson D, Kuh D, Weiderpass E. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. *Hum Reprod* 2017, 32(3): 679-86.
54. O'Neill S, Eden J. The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2017, 27(10): 303-10.
55. Golezar S, Ramezani-Tehrani F, Khazaei S, Ebadi A, Keshavarz Z. The global prevalence of primary ovarian insufficiency and early menopause: A meta-analysis. *Climacteric* 2019, 22(4): 403-11.
56. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 1(1): 48-56.

57. Ghorbani R, Nassaji M, Shahbazi A, Tabar SB, Rahaei F. Attitudes toward menopause among middle-aged women in Semnan, Iran. *J Egypt Public Health Assoc* 2014, 89(1): 42-5.
58. Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, Schultz NM. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: Prevalence and quality of life burden. *Menopause* 2021, 28(8): 875-82.
59. More S, Karthiga SP. Knowledge, attitude and experiences of menopause in the postmenopausal women at a tertiary care center: A cross sectional study. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol* 2018, 7(11): 4758.
60. Sarri G, Pedder H, Dias S, Guo Y, Lumsden MA. Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: A systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. *BJOG* 2017, 124: 1514-23.
61. Thurston RC. Vasomotor symptoms: Natural history, physiology, and links with cardiovascular health. *Climacteric* 2018, 21(2): 96-100.
62. Iliodromiti S, Wang W, Lumsden MA, Hunter MS, Bell R, Nishra G, Hickey M. Variation in menopausal vasomotor symptoms outcomes in clinical trials: A systematic review. *BJOG* 2020, 127(3): 320-33.
63. Karakoç H, Özerdoğan N, Uçtu AK. Menopozla ilgili genitoüriner sendrom. *Jinekoloji - Obstet ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017, 14(3): 122-6.
64. Atan ŞÜ Yiğitoğlu S. Evidence Based practices related to symptoms management in menopause. *JACSD* 2015, 3: 35-50.
65. Jonusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Aniuliene R, Bancroft J. Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. *Climacteric* 2013, 16(1): 185-93.
66. Yim G, Ahn Y, Chang Y, Ryu S, Lim JY, Kang D, Park HY. Prevalence and severity of menopause symptoms and associated factors across menopause status in Korean women. *Menopause* 2015, 22(10): 1108-16.
67. Willi J, Ehlert U. Assessment of perimenopausal depression: A review. *J Affect Disord* 2019, 249: 216-22.

68. Green SM, Donegan E, Frey BN, Federkow DM, Key BL, Streiner DL, McCabe RE. Cognitive behavior therapy for menopausal symptoms (CBT-Meno): A randomized controlled trial. *Menopause* 2019, 26(9): 972-80.
69. Ozdemir K, Sahin S, Guler DS, Unsal A, Akdemir N. Depression, anxiety, and fear of death in postmenopausal women. *Menopause* 2020, 27(9): 1030-6.
70. Santos TR do, Pereira SVM, Santos RL. Intensity of climacteric symptoms in postmenopausal women. *Rev Rene* 2016, 17(2): 225-32.
71. Yazdanpanahi Z, Nikkholgh M, Ekberzade M, Pourahmad S. Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, 2015. *J Family Community Med* 2018, 25(2): 82-7.
72. Conde DM, Verdade RC, Valadares ALR, Mella LFB, Pedro AO, Costa-Paiva L. Menopause and cognitive impairment: A narrative review of current knowledge. *World J Psychiatry* 2021, 11(8): 412-28.
73. Gava G, Orsili I, Alvisi S, Mancini I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Cognition, mood and sleep in menopausal transition: The role of menopause hormone therapy. *Med* 2019, 55(10): 668.
74. Lee PS, Lee CL. Prevalence of symptoms and associated factors across menopause status in Taiwanese women. *Menopause* 2020, 28(2): 182-8.
75. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol* 2018, 14(4): 199-215.
76. Hildreth KL, Ozemek C, Kohrt WM, Blatchford PJ, Moreau KL. Vascular dysfunction across the stages of the menopausal transition is associated with menopausal symptoms and quality of life. *Menopause* 2018, 25(9): 1011-9.
77. Gosset A, Pouillès JM, Trémollières F. Menopausal hormone therapy for the management of osteoporosis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2021, 35(6): 101551.
78. Polat A. *Uyuduk Büyüdüük, Uyudukta Yenilendik, Uyku ve Uykusuzluğun Önemi*, 1. Baskı. İstanbul, Maviay Yayıncılık, 2017: 11-5.

79. Perry GS, Patil SP, Presley-Cantrell LR. Raising awareness of sleep as a healthy behavior how much sleep is needed and are we there ? Why is sleep a public health issue ? Call to action. *Prev Chronic Dis* 2013, 10: 130081.
80. Chattu VK, Sakhamuri SM, Kumar R, Spence DW, BaHamam AS, Pandi-Perumal SR. Insufficient sleep syndrome: Is it time to classify it as a major noncommunicable disease? *Sleep Sci* 2018, 11(2): 57-64.
81. Ramlee F, Sanborn AN, Tang NKY. What sways people's judgment of sleep quality? A quantitative choice- making study with good and poor sleepers. *Sleep* 2017, 40(7): zsx091.
82. Chen PH, Kuo HY, Chueh KH. Sleep hygiene education: Efficacy on sleep quality in working women. *J Nurs Res* 2010, 18(4): 283-9.
83. Caddick ZA, Gregory K, Arsintescu L, Flynn-Evans EE. A review of the environmental parameters necessary for an optimal sleep environment. *Build Environ* 2018, 132: 11-20.
84. Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Simón Márquez M del M, Gázquez Linares JJ. Analysis of sociodemographic and psychological variables involved in sleep quality in nurses. *Int J Environ Res Public Health* 2019, 16(20): 3846.
85. Chen X, Wang S Bin, Li XL, Huang ZH, Tan WY, Lin HC, Jia FJ. Relationship between sleep duration and sociodemographic characteristics, mental health and chronic diseases in individuals aged from 18 to 85 years old in Guangdong province in China: A population-based cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2020, 20(1): 1-10.
86. Doherty R, Madigan S, Warrington G, Ellis J. Sleep and nutrition interactions: Implications for athletes. *Nutrients* 2019, 11(4): 1-13.
87. Lee J, Han Y, Cho HH, Kim MR. Erratum to: Sleep disorders and menopause. *J Menopausal Med* 2019, 25(2): 83-7.
88. Ameratunga D, Goldin J, Hickey M. Sleep disturbance in menopause. *Intern Med J* 2012, 42(7): 742-7.

89. Laudisio D, Barrea L, Pugliese G, Aprano S, Castellucci B, Svastano S, Muscogiuri G. A practical nutritional guide for the management of sleep disturbances in menopause. *Int J Food Sci Nutr* 2021, 72(4): 432-46.
90. Proserpio P, Marra S, Campana C, Agostoni EC, Palagini L, Nobili L, Nappi RE. Insomnia and menopause: A narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric* 2020, 23(6): 539-49.
91. Baker FC, De Zambotti M, Colrain IM, Bei B. Sleep problems during the menopausal transition: Prevalence, impact, and management challenges. *Nat Sci Sleep* 2018, 10: 73-95.
92. Smith RL, Flaws JA, Mahoney MM. Factors associated with poor sleep during menopause: results from the Midlife Women's Health Study. *Sleep Med* 2018, 45: 98-105.
93. Caretto M, Giannini A, Simoncini T. An integrated approach to diagnosing and managing sleep disorders in menopausal women. *Maturitas* 2019, 128: 1-3.
94. Posadzki P, Lee MS, Moon TW, Choi TY, Park TY, Ernst E. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by menopausal women: A systematic review of surveys. *Maturitas* 2013, 75(1): 34-43.
95. Karadeniz D. *100 soruda Uyku ve Bozuklukları*, 1. Baskı. Ankara, Anka Yayınları, 2013: 51-52.
96. Lindberg E, Bonsignore MR, Polo-Kantola P. Role of menopause and hormone replacement therapy in sleep-disordered breathing. *Sleep Med Rev* 2020, 49: 101225.
97. Fu C, Zhao N, Liu Z, Yuan LH, Xie C, Yng WJ, Chen YF. Acupuncture improves peri-menopausal insomnia: A randomized controlled trial. *Sleep* 2017, 40(11): zsx153.
98. Drake CL, Kalmbach DA, Arnedt JT, Cheng P, Tonnu CV, Cuamatzi-Castelan A, Fellman-Couture C. Treating chronic insomnia in postmenopausal women: A randomized clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia, sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep* 2019, 42(2): 1-11.

99. WHO. Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2?sequence=1 Son Erişim Tarihi: 08.09.2021.
100. Taebi M, Abdollahian S, Ozgoli G, Ebadi A, Kariman N. Strategies to improve menopausal quality of life: A systematic review. *J Educ Health Promot* 2018, 7: 1-6.
101. Ceylan B, Özerdoğan N. Menopoza girme yaşını etkileyen faktörler ve menopozda yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2015, 12(1): 43-9.
102. Mathew DJ, Kumar S, Jain PK, Shukla SK, Ali N, Singh DR. A cross-sectional study to assess the quality of life of perimenopausal and post menopausal women in Rural Etawah, Uttar Pradesh, India. *J Midlife Health* 2020, 11(3): 161-7.
103. AlDughaiter A, AlMutairy H, AlAteeq M. Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Int J Womens Health* 2015, 7: 645-53.
104. Yazdkhasti M, Simbar M, Abdi F. Empowerment and coping strategies in menopause women: A review. *Iran Red Crescent Med J* 2015, 17(3): 1-5.
105. Jenabi E, Shobeiri F, Hazavehei SMM, Roshanaei G. Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: A systematic review. *Oman Med J* 2015, 30(3): 151-6.
106. El Hajj A, Wardy N, Haidar S, Bourgi D, Haddad AM, Chammas DE, Papazian T. Menopausal symptoms, physical activity level and quality of life of women living in the Mediterranean region. *PLoS One* 2020, 15(3): 1-16.
107. Sun N, Xing J, Li L, Han XY, Man J, Wang HY, Lv DM. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China: 1 year follow-up. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32(2): 224-8.
108. Smail L, Jassim G, Shakil A. Menopause-specific quality of life among emirati women. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17(1): 40.
109. Kupcewicz E, Drężek-Skrzeszewska M, Roszuk W, Józwick M. Relationship between frequency and intensity of menopausal symptoms and quality of life among Polish nurses. *Risk Manag Healthc Policy* 2021, 14: 97-107.

110. Koirala D, Thapa N, Shrestha S. Quality of life of postmenopausal women of Kaski district. *NJOGI* 2020, 15(1): 43-9.
111. Winnie CLS, Florence WMF. Menopausal-specific quality of life among women in Hong Kong. *GSTF J Nurs Heal Care* 2018, 5(1): 124-9.
112. Javadivala Z, Allahverdipour H, Jafarabadi MA, Emami A. An interventional strategy of physical activity promotion for reduction of menopause symptoms. *Heal Promot Perspect* 2020, 10(4): 383-92.
113. Waits A, Tang YR, Cheng HM, Tai CJ, Chien LY. Acupressure effect on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018, 37: 24-34.
114. Engin B, Aydın-Kartal Y. Menopozal semptomlar ile baş etmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları. *J Health Pro Res* 2020, 2(2): 80-7.
115. Mehrnoush V, Darsareh F, Roozbeh N, Ziraeie A. Efficacy of the complementary and alternative therapies for the management of psychological symptoms of menopause: A systematic review of randomized controlled trials. *J Menopausal Med* 2021, 27(3): 115.
116. Lund KS, Siersma V, Brodersen J, Waldorff FB. Efficacy of a standardised acupuncture approach for women with bothersome menopausal symptoms: A pragmatic randomised study in primary care (the ACOM study). *BMJ Open* 2019, 9: e02363.
117. Jokar M, Zahrseifi, Baradaranfard F, Khalili M, Bakhtiari S. The effects of lavender aromatherapy on menopausal symptoms: A single-blind randomized placebo-controlled clinical trial. *Int J Pharm Res* 2018, 10(4): 182-8.
118. Erdogan Z, Cinar S. Reiki: An ancient healing art-modern nursing practice. *Kafkas J Med Sci* 2011, 1(2): 86-91.
119. Fazzino DL, Griffin MTQ, McNulty SR, Fitzpatrick JJ. Energy healing and pain. *Holist Nurs Pract* 2010, 24(2): 79-88.
120. O'Mathúna DP. Therapeutic touch for healing acute wounds. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 5: CD002766.
121. Lin YS, Gill TA. Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Integr Med* 1998, 1(4): 155-62.

122. Monzillo E, Gronowicz G. New insights on therapeutic touch: A discussion of experimental methodology and design that resulted in significant effects on normal human cells and osteosarcoma. *Explore* 2011, 7(1): 44-51.
123. Therapeutic Touch. <https://therapeutictouch.org/> Son Erişim Tarihi: 28.10.2021.
124. Matourypour P, Vanaki Z, Zare Z, Mehrzad V, Dehghan M, Ranjbaran M. Investigating the effect of therapeutic touch on the intensity of acute chemotherapy-induced vomiting in breast cancer women under chemotherapy. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016, 21(3): 255-60.
125. Umphred DA, Davis CM, Galantino ML. Complementary and integrative therapies: Beyond traditional approaches to intervention in neurological diseases and movement disorders. In: Umphred DA, Lazaro RT, Roller ML, Burton GU (eds). *Umphred's Neurological Rehabilitation*, 6nded. The United States Of America, Elsevier Mosby, 2013, 1173-214.
126. Krieger D. *Accepting your power to heal, the personal practice of therapeutictouch*, 1th ed. Rochester, Vermont, Bear&Company, 1993: 11-31.
127. Aghabati N, Mohammadi E, Pour-Esmail Z. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evidence-Based Complement Altern Med* 2010, 7(3): 375-81.
128. O'Mathúna DP, Pryjmachuk S, Spencer W, Stanwick M, Matthiesen S. A critical evaluation of the theory and practice of therapeutic touch. *Nurs Philos* 2002, 3(2): 163-76.
129. Tall FD. A close look at "a close look at therapeutic touch". *Nurs Outlook* 2003, 51(3): 126-9.
130. Mumpuni M, Nurulhuda U, Roselina E. Therapeutic touch dan nyeri pasca pembedahan. *Kesmas: National Public Health Journal* 2014: 261-4.
131. Kunz D, Krieger D. *The spiritual dimension of therapeutic touch*, 1th ed. Rochester, Vermont, Inner Traditions/Bear & Company, 2004: 25-42.
132. Krieger D. *Therapeutic touch inner workbook*, 1th ed. New Mexico, Bear & Company, 1996: 21-5.

133. Macrae J. Therapeutic Touch. Çeviri: Mines N. *İyileştirici Dokunuşlar*, 1th ed. İzmir, Ege Meta Yayınları, 2000: 17-83.
134. Mackereth P, Wright J. Therapeutic touch: Nursing activity or form of spiritual healing?. *Complement Ther Nurs Midwifery* 1997, 3(4): 106-10.
135. Roy D, Kar SK. Therapeutic touch. In: Shackelford TK, Weekes-Shackelford VA (eds). *Encyclopedia of evolutionary, psychological science* 1th ed. Switzerland, Springer Cham, 2019: 1-4.
136. Daley B. Therapeutic touch, nursing practice and contemporary cutaneous wound healing research. *J Adv Nurs* 1997, 25(6): 1123-32.
137. Jackson E, Kelley M, McNeil P, Meyer E, Schlegel L, Eaton M. Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer? *Clin J Oncol Nurs* 2008, 12(1): 113-20.
138. Spence JE, Olson MA. Quantitative research on therapeutic touch: An integrative review of the literature 1985-1995. *Scand J Caring Sci* 1997, 11(3): 183-90.
139. Coakley AB, Barron AM. Energy therapies in oncology nursing. *Semin Oncol Nurs* 2012, 28(1): 55-63.
140. O'Mathúna DP. Evidence-based practice and reviews of therapeutic touch. *J Nurs Scholarsh* 2000, 32(3): 279-85.
141. Mohammadnejad E, Tabatabaee A. Therapeutic touch in patients with migraine headaches: A content analysis study. *Iran J Rehabil Res* 2017, 4(1): 9-15.
142. Monroe CM. The effects of therapeutic touch on pain. *J Holist Nurs* 2009, 27(2): 85-92.
143. Neya NZ, Kohan S, Miri S, Solimane L, Zadeh A, Abbaszadeh A, Nakei N. The effect of the therapeutic touch on preoperative anxiety in women with elective surgeries. *J Qual Res Heal Sci* 2020, 10(1): 42-51.
144. Bağcı H, Çınar YŞ. Effect of therapeutic touch on sleep quality in elders living at nursing homes. *J Relig Health* 2020, 59(3): 1304-18.
145. Blankfield RP, Sulzmann C, Fradley LG, Tapolyai AA, Zyzanski SJ. Therapeutic touch in the treatment of carpal tunnel syndrome. *J Am Board Fam Pract* 2001, 14(5): 335-42.

146. Movaffaghi Z, Hasanpoor M, Farsi M, Hooshmand P, Abrishami F. Effects of therapeutic touch on blood hemoglobin and hematocrit level. *J Holist Nurs* 2006, 24(1): 41-8.
147. Larden CN, Palmer ML, Janssen P. Efficacy of therapeutic touch in treating pregnant inpatients who have a chemical dependency. *J Holist Nurs* 2004, 22(4): 320-32.
148. Ramada NCO, Almeida F de A, Cunha ML da R. Toque terapêutico: Influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. *Einstein (São Paulo)* 2013, 11(4): 421-5.
149. Tabatabaee A, Tafreshi M, Rassouli M, Aledavood S, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of therapeutic touch on pain related parameters in patients with cancer: A randomized clinical trial. *Mater Sociomed* 2016, 28(3): 220.
150. Alp FY, Yucel SC. The effect of therapeutic touch on the comfort and anxiety of nursing home residents. *J Relig Health* 2020, 60(3): 2037-50.
151. Hanley MA, Coppa D, Shields DA. Practice-based theory of healing through therapeutic touch: Advancing holistic nursing practice. *J Holist Nurs* 2017, 35(4): 369-81.
152. Monetti CJ. *A clarion call to compassion: Healing Embodied trauma with therapeutic touch*, 1th ed. New York, PAGE, 2019: 1-284.
153. Monetti CJ. Somatic Countertransference Experiences of Nurse Therapeutic Touch Practitioners. Graduate School–Newark, Graduate Program in Nursing. Doctoral Dissertation, Newark: Rutgers The State University of New Jersey, 2014.
154. Lafcı D. Meme kanseri, uyku ve müzik tedavisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2018, 44(1): 61-4.
155. Thaut MH. Music as therapy in early history. *Prog Brain Res* 2015; 217: 143-58.
156. Covington H. Therapeutic music for patients with psychiatric disorders. *Holist Nurs Pract* 2001, 15(2): 59-69.
157. Karamızrak N. Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Kalp Derg* 2014, 17(1): 54-7.
158. Nilsson U. The anxiety-and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *AORN* 2008, 87(4): 780-807.

159. Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, Vuust P. Music for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, 8: CD010459.
160. Soufineyestani M, Khan A, Sufineyestani M. Impacts of music intervention on dementia: A review using meta-narrative method and agenda for future research. *Neurol Int* 2021, 13(1): 1-17.
161. Beccaloni AM. The medicine of music: A systematic approach for adoption into perianesthesia practice. *J Perianesthesia Nurs* 2011, 26(5): 323-30.
162. Pan YY, Sun XY, Dang YN, Chen M, Wang L, Shen L. Effect of music intervention on depression in graduate students. *Music Educ Res* 2021, 23(1): 41-9.
163. Chang MY, Chen CH, Huang KF. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *J Clin Nurs* 2008, 17(19): 2580-7.
164. Wang C, Li G, Zheng L, Meng X, Meng Q, Wang S, Chen L. Effects of music intervention on sleep quality of older adults: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2021, 59: 102719.
165. Harmat L, Takács J, Bódizs R. Music improves sleep quality in students. *J Adv Nurs* 2008, 62(3): 327-35.
166. de Witte M, Spruit A, van Hooren S, Moonen X, Stams GJ. Effects of music interventions on stress-related outcomes: A systematic review and two meta-analyses. *Health Psychol Rev* 2020, 14(2): 294-324.
167. Raglio A. Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World J Psychiatry* 2015, 5(1): 68.
168. Corbijn van Willenswaard K, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis CL, Lobel M, Alderdice F. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017, 17(1): 1-9.
169. Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 12: CD006577.
170. Krishnaswamy P, Nair S. Effect of music therapy on pain and anxiety levels of cancer patients: A pilot study. *Indian J Palliat Care* 2016, 22(3): 307-11.

171. Meghani N, Tracy MF, Hadidi NN, Lindquist R. Part I: The effects of music for the symptom management of anxiety, pain, and insomnia in critically ill patients: An integrative review of current literature. *Dimens Crit Care Nurs* 2017, 36(4): 234-43.
172. van der Wal- Huisman H, Dons KSK, Smilde R, Heineman E, van Leeuwen BL. The effect of music on postoperative recovery in older patients: A systematic review. *J Geriatr Oncol* 2018, 9(6): 550-9.
173. Innes KE, Selfe TKK, Singh D, Sahiti K. Effects of meditation versus music listening on perceived stress, mood, sleep, and quality of life in adults with early memory loss: A pilot randomized controlled Trial. *J Alzheimer's Dis* 2016, 52(4): 1277-98.
174. Chlan LL, Weinert CR, Heiderscheid A, Tracy MF, Skaar DJ, Guttormson JL, Savik K. Effects of patient-directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support: A randomized clinical trial. *JAMA* 2013, 309(22): 2335-44.
175. Phipps MA, Carroll DL, Tsiantoulas A. Music as a therapeutic intervention on an inpatient neuroscience unit. *Complement Ther Clin Pract* 2010, 16(3): 138-42.
176. Nilsson U. Caring music: Music intervention for improved health. 2009: 1-10. https://www.researchgate.net/profile/UlricaNilsson/publication/228391259_Caring_Music_music_intervention_for_improved_health/links/00b4951bf417acf95400000/Caring-Music-music-intervention-for-improved-health.pdf Son Erişim Tarihi: 18.01.2022.
177. Koçak DY, Varışoğlu Y. The effect of music therapy on menopausal symptoms and depression. *Menopause* 2022: 1-7.
178. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 7th ed. New York Lawrence Erlbaum Associates, 1988: 1-579.
179. Random.org. <https://www.random.org/integers/> Son Erişim Tarihi: 22.10.2021.
180. Zagalaz-Anula N, Hita-Contreras F, Martínez-Amat A, Cruzz-Diaz D, Aibar-Almazán, A, Barranco-Zafra RJ, Lomas-Vega R. The associations between menopausal symptoms and sleep quality in Spanish postmenopausal women. *Climacteric* 2019, 22(5): 511-7.

181. Zengin Aydın L, Yiğitalp G. The effect of reflexology on sleep quality and fatigue in postmenopausal women: A randomized control trial. *Eur J Integr Med* 2021, 43: 101281.
182. Aibar-Almazán A, Hita-Contreras F, Cruz-Díaz D, de la Torre-Cruz M, Jiménez-García JD, Martínez-Amat A. Effects of Pilates training on sleep quality, anxiety, depression and fatigue in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Maturitas* 2019, 124: 62-7.
183. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989, 28: 93-213.
184. Ağargün M, Kara H, Anlar Ö. Pitsburg Uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Dergisi* 1996, 7(2): 107-15.
185. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Thai, DM. The Menopause rating scale (MRS) scale: A methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004, 2(1): 1-8.
186. Gürkan ÖC. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2005, 3: 30-5.
187. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, Van Maris B, Ross A, Franssen E, Dunn E. A menopause-specific quality of life questionnaire: Development and psychometric properties. *Maturitas* 1996, 24(6): 161-75.
188. Şahin, NH, Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2007, 15(59): 82-90.
189. George D, Mallery P. *IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 14th ed. New York, Routledge, 2016: 114-115.
190. Abdullah C. *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*, 4. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2016: 135-140.
191. Consort 2010 Flow Diagram. <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram> Son Erişim Tarihi: 18.02.2022.

192. Adel-Mehraban MS, Tansaz M, Mohammadi M, Yavari M. Effects of pomegranate supplement on menopausal symptoms and quality of life in menopausal women: A double-blind randomized placebo-controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2022, 46: 101544.
193. Vardar O, Özkan S, Sercekus P. Postmenopozal kadınlarda uygulanan egzersiz programının uyku kalitesine etkisi. *Cukurova Med J* 2020, 45(3): 1108-14.
194. Hwang JH, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Rhee Y, Choi K. Sleep quality and associated factors in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women in Korea: Findings from the K-Stori 2016. *Nat Sci Sleep* 2021, 13: 1137-45.
195. Kim MJ, Yim G, Park HY. Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *PLoS One* 2018, 13(2): e0192934.
196. Çalış MA, Cerit B. Effect of therapeutic touch on sleep quality and anxiety in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*, 2021, 45: 101481.
197. Trahan T, Durrant SJ, Müllensiefen D, Williamson VJ. The music that helps people sleep and the reasons they believe it works: A mixed methods analysis of online survey reports. *PLoS One* 2018, 13(11): 1-19.
198. Kashfi SM, Rakhshani T, Farhoodi S, Motlagh Z, Bagherzadeh R, Kohan N. The effect of education of physical activity via social networks on the quality of life in menopausal women: A randomized controlled trial. *J Heal Sci Surveill Syst* 2021, 9(3): 149-54.
199. Bakhtiari S, Paki S, Khalili A, Baradaranfard F, Mosleh S, Jokar M. Effect of lavender aromatherapy through inhalation on quality of life among postmenopausal women covered by a governmental health center in Isfahan, Iran: A single-blind clinical trial. *Complement Ther Clin Pract* 2019, 34: 46-50.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul İzni



EK-3. Kurum İzni



EK-4. Katılımcı Tanıtım Formu

Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaçlı olarak topluca değerlendirilecektir. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır. Araştırmaya katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

Grup :.....

Tarih:.....

1) Yaşınız.....

2) Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar b) İlköğretim Mezunu c) Lise d) Üniversite ve Üstü

3) Mesleğiniz.....

4) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Gelirim Giderimden Az b) Gelirim Giderime Denk c) Gelirim Giderimden Fazla

5) Medeni durumunuz?

A) Evli B) Bekar

6) Aile Tipiniz Nedir?

a) Çekirdek b) Geniş Aile c) Yalnız Yaşıyor

7) Boy.....Kilo..... BKİ.....

8) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

9) Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

10) Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet ise b) Hayır

11) Hala adet görüyor musunuz?

a) Hayır (ise 14. soruya geçiniz) b) Evet

12) Cevabınız evet ise adedinizin düzenli mi?

a) Son bir yıldır düzenli olarak görüyorum b) Son bir yıldır düzensiz adet görüyorum,

13) Menopozda Olma Süreniz?Yıl



EK-5. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışlagelen uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

- 1) Geçen ay geceleri genellikle ne zaman (saat kaçta) yattınız?
- 2) Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?.....
- 3) Geçen ay sabahları genellikle ne zaman (saat kaçta) kalktınız?
- 4) Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)
- 5) Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

		Haftada Hiç	Haftada Birden Az	Haftada Bir veya İki Kez	Haftada Üç veya Daha Fazla
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız mı?				
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız mı?				
c	Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız mı?				
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz mi?				
e	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız mı?				
f	Aşırı derecede üşüdünüz mü?				
g	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz mi?				
h	Kötü rüyalar gördünüz mü?				
i	Ağrı duyduunuz mu?				
j	Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz.....				

6) Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

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

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

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

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

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

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

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

10) Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- 1) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- 2) Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- 3) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- 4) Partner aynı yatakta

11) Eğer bir oda arkadaşınız veya eşiniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

		Haftada Hiç	Haftada Birden Az	Haftada Bir veya İki Kez	Haftada Üç veya Daha Fazla
a	Gürültülü horlama				
b	Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar				
c	Uyurken bacaklarında seğirme veya sıçrama				
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e	Uyurken olan diğer huzursuzluklar.....				

EK-6. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Açıklama: Aşağıda verilen Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçek üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için hiç yok seçeneğini işaretleyiniz.

Yakınmalar	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
	0	1	2	3	4
1-Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2-Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3-Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4-Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5-Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6-Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)					
7-Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansda azalma, Hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8-Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)					
9-İdrar sorunları (İdrar yaparken, güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10-Vajinada (Hazedede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11-Eklemler ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikayetleri)					

EK-7. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yaşadığınız 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	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
2. Gece terlemesi	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
3. Terleme	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
4. Hayatından memnun olmama	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
5. Endişeli ve gergin hissetme	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
6. Hafızada zayıflama	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
8. Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma)	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
10. Yalnız kalma isteği	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var

11. Gaz çıkarma ya da gaz ağırları	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
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 (hazzede) kururluk	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var
29. Cinsellikte kaçınma	---- ---- → 0 1 2 3 4 5 6 Yok Var

EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Terapötik Dokunma Grubu)

Değerli Katılımcı,

Araştırma, menopozal dönemde olan kadınlara uygulanan terapötik dokunmanın kadınların uyku kalitesine, menopozal semptomlar ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir araştırma olarak planlanmıştır. Çalışma için gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sizden sosyo-demografik özelliklerinizi, uyku kalitenizi, menopozal dönemde yaşadığınız semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitenizi belirlememizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. İsmi saklı tutulacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ya da herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		

EK-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Müzik Dinletisi Grubu)

Araştırma, menopozal kadınlarda terapötik dokunma ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sizden sosyo-demografik özelliklerinizi, uyku kalitenizi, menopozal dönemde yaşadığınız semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitenizi belirlememizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		

EK-10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Kontrol Grubu)

Araştırma, menopozal kadınlarda terapötik dokunma ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sizden sosyo-demografik özelliklerinizi, uyku kalitenizi, menopozal dönemde yaşadığınız semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitenizi belirlememizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		

EK-11. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (1.Seviye)

Certificate of Completion 1486 r 11.1.19

**Certificate of Completion
Awarded to:**

Fatma Keskin

Foundations of Therapeutic Touch®

November 2, 22 & 29, 2020

Istanbul, Turkey

Presented by: Therapeutic Touch Training
PO Box 138 Warnerville, NY 12187



**Mary Anne Hanley, PhD, RN, QTTT TTIA #80756
Serbulent Bicer, QTTP**

Jeanne AbateMarco MSN, RN, CNS, QTTT TTIA #80282

Lead Nurse Planner

*This continuing nursing education activity was approved by the American Holistic Nurses Association (AHNA),
an accredited approver by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation.*

Contact Hours Awarded: 12

AHNA Approval Code: 1486

*Approval for contact hours through the AHNA is based on an assessment of the educational merit of the program and does not
constitute endorsement of the use of any specific modality in the care of clients.*

EK-12. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (2. Seviye)

Certificate of Completion

Awarded to:

Fatma Keskin

The Transpersonal Nature of Therapeutic Touch®

November 27th, 28th, December 4th & 5th, 2021

Via Zoom

Sue



Serbulent Bicer QTTT TTIA #80843

Conlin BA, QTTT TTIA #80148

EK-13. TD Uygulama Sırasında Çekilen Fotoğrafların Kullanım İzni

FOTOĞRAF KULLANIM İZİNİ

Terapötik doküman uygulaması sırasında çekilen fotoğraflarımın Fatma Keskinin ~~Aktarı~~ Tezinde kullanmasına izin veriyorum.

N. K.

EK-14. PUKİ Kullanım İzni



EK-15. MSDÖ Kullanım İzni



EK-16. MÖYKÖ Kullanım İzni



EK-17. Progresif Gevşeme Egzersizleri Cd'sinin Kullanım İzni

