TC
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

MENOPOZAL DÖNEM KADINLARDA TERAPÖTİK DOKUNMANIN UYKU KALİTESİ VE YORGUNLUĞA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Özlem YALÇINKAYA

EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL

ADANA – 2022

TC
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

MENOPOZAL DÖNEM KADINLARDA TERAPÖTİK DOKUNMANIN UYKU KALİTESİ VE YORGUNLUĞA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Özlem YALÇINKAYA

EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2021-14179 proje ile desteklenmiştir.

ADANA – 2022

KABUL VE ONAY

ETİK BEYANI

TEŞEKKÜR

Hayal kırıklığına uğradığım, inancımın zayıfladığı zamanlarda bile, bana benden daha çok inanan ve güvenen, her zaman destekleyen tüm bilgi ve tecrübelerini fazlasıyla aktaran, sabır ve özveri ile ilgilenen, kendisiyle tanışma ve birlikte çalışma fırsatı elde ettiğim, öğrencisi olduğum için bana kendimi şanslı hissettiren kıymetli hocam ve tez danışmanım sevgili Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL'e,

Lisansüstü eğitimime katkıda bulunan bütün hocalarıma, öğrenim hayatım ve sosyal hayatıma olumlu ve motive eden konuşmalarıyla beni destekleyen Prof.Dr. Şule Gökyıldız Sürücü, Prof.Dr. Sultan Alan ve Doç. Dr. Burcu Avcıbay Vurgeç'e,

Her ihtiyaç duyduğumda yardımını benden esirgemeyen varlık sebebim canım ailem Şahin Yalçınkaya, Zerrin Yalçınkaya, Demet Yalçınkaya Kına, Emel Yalçınkaya, Mehmet Yalçınkaya ve Ulaş Atlas Kına'ya

Arkadaşlarım Şule Tunuğ, Saadet Nazlı Kubilay, Hatice Y. Akbulut Aktaş'a sonsuz teşekkürler, Size sahip olduğum için çok şanslıyım.

Öğrenim hayatım boyunca ne zaman ihtiyaç duysam, pusulam olmuş olan desteğini her zaman hissettiren, çalışmaları ve başarılarıyla bana örnek olan, Ayseren Çevik, Tuğçe Aytan, Rukiye Sülü'ye

Hayatımda çok önemli yeri olan ve olacak olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Doğum-2 servisi sorumlu hemşiresi Melek Temiz' e, ekip arkadaşıma ve serviste çalışan birbirinden kıymetli hemşire arkadaşlarıma,

Son iki yılımda ve tez yazım aşamamda desteklerini esirgemeyen Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Klinik sorumlu hemşiresi Dilek Pınar'a ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Ayrıca Çukurova Üniversitesi BAP Koordinatörlüğü'ne, bana vakit ayırıp çalışmama katılan, soruları içtenlikle yanıtlayan ve görüş bildiren, güzel enerjileri ile birbirimize şifa olduğumuz tüm kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özlem YALÇINKAYA

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL ve ONAY ... 3
ETİK BEYANI ... 4
TEŞEKKÜR ... iv
İÇİNDEKİLER ... v
TABLOLAR DİZİNİ ... ix
ŞEKİLLER DİZİNİ ... x
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ ... xi
ÖZET ... xii
ABSTRACT ... xiii
1. GİRİŞ ... 1
2. GENEL BİLGİLER ... 4
2.1. Menopozal Döneme İlişkin Tanımlar ve Evreleme ... 4
2.2. Menopozun Fizyolojisi ... 5
2.3. Menopozda Görülen Değişiklikler ... 7
2.3.1. Erken Dönemde Görülen Değişiklikler ... 8
2.3.1.1. Vazomotor Değişiklikler ... 8
2.3.1.2. Psikolojik Değişiklikler ... 9
2.3.1.3. Uyku Değişiklikleri ... 9
2.3.2. Orta Dönemde Görülen Değişiklikler ... 10
2.3.2.1.Genitoüriner Değişiklikler ... 10
2.3.2.2. Deri, Kıkırdak ve Bağ Dokusu Değişiklikleri ... 11
2.3.3. Geç Dönemde Görülen Değişiklikler ... 11
2.3.3.1. Kas-İskelet Sistemi Değişimleri ... 11
2.3.3.2. Kardiyovasküler Değişimler ... 12
2.3.3.3. Merkezi Sinir Sistemi Değişimleri ... 13
2.4. Menopoz Döneminde Görülen Değişikliklerin Yönetimi ... 13
2.4.1. Hormon Tedavisi (HT) ... 14
2.4.2. Hormon Dışı İlaç Tedavileri ... 14
2.4.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri ... 15

2.5. Uyku 15
2.5.1. Uykunun Evreleri 16
2.5.1.1. Non-REM Uykusu 16
2.5.1.2. REM (Rapid Eye Movement) Uykusu 17
2.5.2.Uyku Gereksinimi ve Uykuyu Etkileyen Faktörler 17
2.5.3. Menopozal Dönemde Uyku Kalitesi 18
2.6. Yorgunluk 19
2.6.1. Menopozal Dönem ve Yorgunluk 19
2.7. Terapötik Dokunma 20
2.7.1. Terapötik Dokunma Uygulaması 21
2.7.2. Terapötik Dokunmanın Ebelik Uygulamalarındaki Yeri 23
2.7.3. Terapötik Dokunmanın Etkisini İnceleyen Araştırmalar 24
3.GEREÇ ve YÖNTEM 26
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 26
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu 27
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 30
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 30
3.4.3. Araştırmadan Sonlandırma Kriterleri 30
3.4.4. Grupların Randomizasyonu 30
3.4.4.1. Blok Randomizasyon 31
3.4.5. Körleme ve Yanlılığın Azaltılması 31
3.5. Veri Toplanma Araçları 32
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK3) 32
3.5.2. Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) (EK 4) 32
3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK 5) 33
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması 33
3.7. Verilerin Toplanması 34
3.8. Araştırmanın Uygulaması 34
3.8.1. Deney Grubuna Yapılan Uygulamalar 35
3.8.2. Terapötik Dokunma Uygulaması 35

3.8.3. Mimik Dokunma Uygulama Prosedürü 36
3.9. Araştırmanın Değişkenleri 38
3.9.1. Bağımlı Değişkenler 38
3.9.2. Bağımsız Değişkenler 38
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi 38
3.11. Araştırmanın Etik Yönü 39
3.12. Araştırma Destekleri ve Finansman 39
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri 39
3.14. Araştırmanın Güçlü Yönleri 40
4. BULGULAR 42
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 42
4.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası PYÖ ve PUKİ'ye Ait Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 43
5. TARTIŞMA 56
5.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 56
5.2. Kadınların TD Uygulaması Öncesi ve Sonrası PYÖ'ye Ait Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 57
5.3. Kadınların Terapötik Dokunma Uygulaması Öncesi ve Sonrası PUKİ'ye Ait Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 66
KAYNAKLAR 68
EKLER 76
Ek 1: Etik Kurul Kararı 76
Ek 2:. İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni 77
Ek 3: Kişisel Bilgi Formu 78
Ek 4: Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) 79
Ek 5: Pittsburg Uyku Kalitesi Indeksi (PUKİ) 83
Ek 6: Terapötik Dokunma Uygulama Protokolü 86
Ek 7: Mimik Dokunma (Sahte TD) Uygulama Protokolü 87

Ek 8: Aydınlatılmış Onam Formu 89
Ek 9: Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası 89
Ek 10: Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (1.Seviye) 90
Ek 11: Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (2.Seviye) 91
Ek 12: Terapötik Dokunma Uygulaması Sırasında Çekilen Fotoğrafların Kullanım İzni 92
Ek 13: Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) Ölçek Kullanım İzni 93
Ek 14: Pittsburg Uyku Kalitesi Indeksi (PUKİ) Ölçek Kullanım İzni 94
ÖZGEÇMİŞ 95

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 3.1. Deney ve plasebo grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılması. 28

Tablo 3.2. Deney ve plasebo grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ortalama/medyan değerlerinin karşılaştırılması 29

Tablo 4.1. Deney ve Plasebo grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ortalama/medyan değerlerinin dağılımı 43

Tablo 4.2. PYÖ'ne ait toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması 45

Tablo 4.3. PUKİ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılması....51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No: **Sayfa No:**

Şekil 2.1. STRAW Evreleme sistemi 5
Şekil 3.1. TD uygulama odası 27
Şekil 3.2. Araştırma Örneklem Büyüklüğünün Power Analizi 28
Şekil 3.3. Terapötik Dokunma Uygulama Örneği 36
Şekil 3.4. Menopozal Dönem Kadınlarda Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesi ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi çalışmasının deney ve plasebo grubu CONSORT (2017) akış şeması 37
Şekil 3.5. Araştırma Takvimi ve Planı 41
Şekil 4.1. PYÖ'ne ait karşılaştırmalar 46
Şekil 4.2. Davranış/şiddet alt boyutuna ait karşılaştırmalar 46
Şekil 4.3. Duygulanım alt boyutuna ait karşılaştırmalar 47
Şekil 4.4. Duyusal alt boyutuna ait karşılaştırmalar 47
Şekil 4.5. Bilişsel ruhsal alt boyutuna ait karşılaştırmalar 48
Şekil 4.6. PUKİ burg ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması 52
Şekil 4.7. Öznel uyku ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması 52
Şekil 4.8. Uyku latansı ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması 53
Şekil 4.9. Uyku süresi ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması 53
Şekil 4.10. Alışılmış uyku ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması 54
Şekil 4.11. Uyku bozukluğu ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması 54
Şekil 4.12. Gündüz fonksiyon bozukluğu ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması 55

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH : Adrenokortikotropik Hormon
BAP : Bilimsel Araştırma Projeleri
CONSORT : Consolidated Standards of Reporting Trials
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
FSH : Folikül Uyarıcı Hormon
HDL : High Density Lipoprotein
HRT : Hormon Replasman Tedavisi
LDL : Low Density lipoprotein
LH : Luteinleştirici hormon
PUKİ : Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
PYÖ : Piper Yorgunluk Ölçeği
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
SWAN : (Study of Women's Health Across the Nation = Ülke Çapında Kadın Sağlığı Araştırması)
TD : Terapötik Dokunma
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
MWMHP : (Melbourne Womens Midlife Health Project =Melbourne Kadın Orta Yaş Sağlığı Projesi)
WHO : World Health Organization
NCCAM : Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi
TTIA : Terapötik Dokunma Uluslararası Birliği
NANDA : Kuzey Amerika Hemşirelik Tanısı Derneği
TEAH : Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Menopozal Dönem Kadınlarda Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesi ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi

Bu araştırma menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Randomize kontrollü deneysel nitelikte bu araştırma, 15 Aralık 2021-15 Mart 2022 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Onkoloji polikliniğine başvuran menopozal dönemdeki 48 kadın ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Piper Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (PYÖ) ile toplanmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı, yazılı kurum izni ve katılımcılardan yazılı izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesi IBM SPSS V25 kullanılarak gerçekleştirilmiş, istatistik anlamlılıklar p<0,05 önem düzeyinde kabul edilmiştir. Kadınların yaş medyanı deney grubunda 48 [40-55] iken plasebo grubunda 51 [40-58]'dir. Gruplar arasında sosyodemografik ve tanımlayıcı özellikleri bakımından fark saptanmamıştır (p>0,05). PYÖ ve PUKİ ölçeği ilk ve son toplam puan ortalamaları ve medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Gruplar arasında, PYÖ son ölçüm ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamazken (p=0,917), grup içi değerlendirmelerde, deney ve plasebo gruplarında PYÖ son ölçüm puan ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001; p<0,001). Her iki grupta da PYÖ son ölçüm ortalaması ilk ölçüm ortalamasından düşüktür. Gruplar arası PUKİ son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,010). Grup içi karşılaştırmalarda, deney grubunda (p<0,001) ve plasebo grubunda (p=0,001) PUKİ son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da PUKİ son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür. Bu araştırma sonucunda terapötik dokunmanın menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesini iyileştirmede etkili olduğu ancak yorgunluğa etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

<u>Anahtar Kelimeler</u>: Menopoz, Terapötik Dokunma, Uyku, Yorgunluk, Kadınlar

ABSTRACT

Investigation of the Effect of Therapeutic Touch on Sleep Quality and Fatigue in Menopausal Women

This research was carried out to determine the effect of therapeutic touch on sleep quality and fatigue in menopausal women. This randomized controlled experimental study was conducted with 48 menopausal women who applied to Izmir Tepecik Training and Research Hospital Gynecological Oncology outpatient clinic between 15 December 2021 and 15 March 2022. The data of the study were collected with Personal Information Form, Pittsburg Sleep Quality Index and Piper Fatigue Severity Scale. In order to conduct the study, the approval of the Clinical Research Ethics Committee, written institutional permission and written permission from the participants were obtained. Evaluation of the data was carried out using IBM SPSS V25, statistical significance was accepted at the $p<0.05$ significance level. The median age of women was 48 [40-55] in the experimental group compared to 51 [40-58] in the placebo group. There was no difference between the groups in terms of socio-demographic and descriptive characteristics ($p>0.05$). When the first and last total score averages and medians of the Piper Fatigue Scale (PFS) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were compared in the groups, the group time interaction was found to be significant ($p<0.001$). While no statistically significant difference was found between the groups in the mean PFS final measurement ($p=0.917$), a significant difference was found between the groups in terms of the mean PFS final measurement scores in the in-group evaluations, in the experimental and placebo groups ($p<0.001$; $p<0.001$). In both groups, the mean of the last measurement of PFS was lower than the mean of the first measurement. A statistically significant difference was found between the mean PSQI last measurement between the groups ($p=0.010$). In intragroup comparisons, a significant difference was found when PSQI final measurement medians were compared in the experimental group ($p<0.001$) and the placebo group ($p=0.001$). In both groups, the PSQI final measurement median was lower than the first measurement median. As a result of this research, it was determined that therapeutic touch was effective in improving sleep quality in menopausal women, but did not affect fatigue.

Keywords: **Menopause, Therapeutic Touch, Sleep, Fatigue, Women**

1. GİRİŞ

Kadın yaşamı, çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakteryum ve yaşlılık dönemlerinden oluşmakta ve her bir dönem kendine özgü fiziksel, psikolojik ve hormonal değişimler göstermektedir. Klimakteryum dönemi, kadının yaşamındaki en önemli dönemlerde olup bu dönemde yaşanan en önemli olay ise menopozdur (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından menopoz, "overlerin aktivitesinin yitirilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması" şeklinde tanımlanmıştır (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2020 yılında Türkiye'de kadın nüfus oranı %40,9 ve kadınlarda, doğuşta beklenen yaşam süresi ortalaması 81,3 yıldır. Türkiye'deki ortalama menopoz yaşı göz önüne alındığında kadınların, 81 yıl yaşayacağı düşünüldüğünde bir kadının yaşamının yaklaşık %40'ını menopozal dönemde geçirmesi olasıdır (4). Türkiye'de ortalama menopoza girme yaşı 45-47 iken dünyada menopoza girme yaşı 45-55 aralığındadır (2). Dünyada ve ülkemizde yaşam süresinin artmasıyla birlikte menopoza girme yaşı pek çok faktöre göre farklılık gösterse de kadınlar yaşamlarının çok önemli bir bölümünü post-menopozal dönemde geçirmektedir (5).

Menopoz, kadınlar için tıbbi, psikososyal ve kültürel önem taşıyan, hayatın önemli bir yaşam olayıdır. Menopozal süreçten sorumlu hormon olan östrojenin etkilediği başlıca organ ve sistemler, vazomotor sistem, kemikler, beyin, kardiyovasküler sistem, meme, kolon, deri, göz ve ürogenital sistem olarak sıralanabilir. Menopozal geçiş ve postmenopozal süreçte kadınlar, pekçok sorunla karşılaşabilmektedir (2,6).

Menopozal dönemde yaşanan yakınmalardan biri de uykusuzluk sorunudur. Pek çok semptomun etkisi ile uykusuzluğun ortaya çıktığı ve bu dönemde; uykusuzluk prevalansının arttığı bildirilmektedir (6-8). Tüm insanlar için uyku ve dinlenme vazgeçilmez yaşam gereksinimidir. Uyku, belirli aralıklarla tekrarlayan, bedenin ruhsal ve fiziksel olarak dinlenmesini sağlayan doğal bir süreçken; yaraların iyileşmesi, hormonal denge ve ruh sağlığının devamlılığı için de gereklidir (9). Maslow'un temel insan gereksinimleri teorisine göre uyku ilk sırada yer alan fizyolojik ihtiyaçlardan biridir. Henderson, uyku ihtiyacı ile ilgili bakım işlevini "*Hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek*" olarak tanımlamıştır. Uykunun tedavi edici, onarıcı

özellikleri olması ve fizyolojik temel gereksinimlerden olması nedeniyle ebeler ve hemşireler tarafından öncelikli olarak ele alınmalı, bireylerin yaş dönemlerine göre normal uyku ve uyku problemleri belirlenmeli, sorunların çözümüne yönelik bakım planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır (10,11).

Menopoz döneminde sık görülen uyku bozukluğu ve yorgunluk şikâyetleri birbirini etkileyen sorunlardır. Bu sorunların hepsi genellikle vazomotor semptomları yaşayan kadınlarda sık görülür. Çünkü günlük yaşamı etkileyen vazomotor semptomlar hem kadının psikolojisini hem de uyku düzenini olumsuz etkilemektedir. Bunun sonucunda da kadınlarda yorgunluk görülmektedir. Kadınlar gece boyunca birkaç kez terleme, çarpıntı ve sıcak basması gibi vazomotor semptomlar yaşayabilir ve uykuları bölünebilir. Bölünen uyku sinirlilik, depresif semptomlar, yorgunluk kognitif disfonksiyon ve günlük fonksiyonlarda enerji azalmasına neden olabilmektedir (12,13).

Kadınların yaşadığı menopozal yakınmaları iyileştirmek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla enerji terapileri, derin solunum egzersizleri, fiziksel egzersiz, ilerleyici kas gevşeme egzersizleri, yoga, pilates, aromaterapi, akupunktur, refleksoloji ve farkındalık eğitimleri gibi nonfarmokolojik yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin menopoz döneminde yaşanan yakınmaları azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı çalışmalarda bildirilmiştir (14-21).

Bu yöntemlerden biri olan Terapötik Dokunma (TD), geçerliliği kanıtlanmış, bireylerin iç dengesini bulup insanın enerji alanının değişebileceğini varsayan, evrendeki enerjinin belli bir niyet ve şefkatle kullanıldığı nanfarmakolojik/bütünleşik tedavi yöntemidir (22). TD, 1970'lerde New York Üniversitesi'nde çalışan, Rogers'ın teorisinden etkilenen Dolores Krieger ve Dora Kunz tarafından keşfedilmiş ve geliştirilmiştir. Dr. Kriger ve Kunz, ellerle dokunularak uygulanan bu yöntemi hemşire ve sağlık çalışanlarına öğretmiş ve beraber deneyimlemişlerdir (23). TD'yı gerçekleştiren kişi şifa veren parmaklarıyla bireye enerji sağlamaya çalışmakta, oluşturduğu farkındalık ile bireyin enerji alanının değerlendirilmesini ve düzenlenmesini gerçekleştirmektedir (24).

Literatür incelendiğinde; terapötik dokunmanın, kadın hastalıkları ve kadın doğum klinikleri, huzurevi/yaşlı bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri, acil bakım gerektiren üniteler, ameliyathaneler, psikiyatri ve pediatri servislerinde uygulandığı görülmektedir. TD'nin ağrı, anksiyete, depresyon ve yorgunluk düzeylerinde azalma

sağladığı, yaşam kalitesini arttırdığı, tansiyonu ve nabzı düzenleme, rahatlama ve konforu sağlama gibi etkilerinin olduğu ve hemşirelik ve ebelik bakımını desteklediği yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (22).

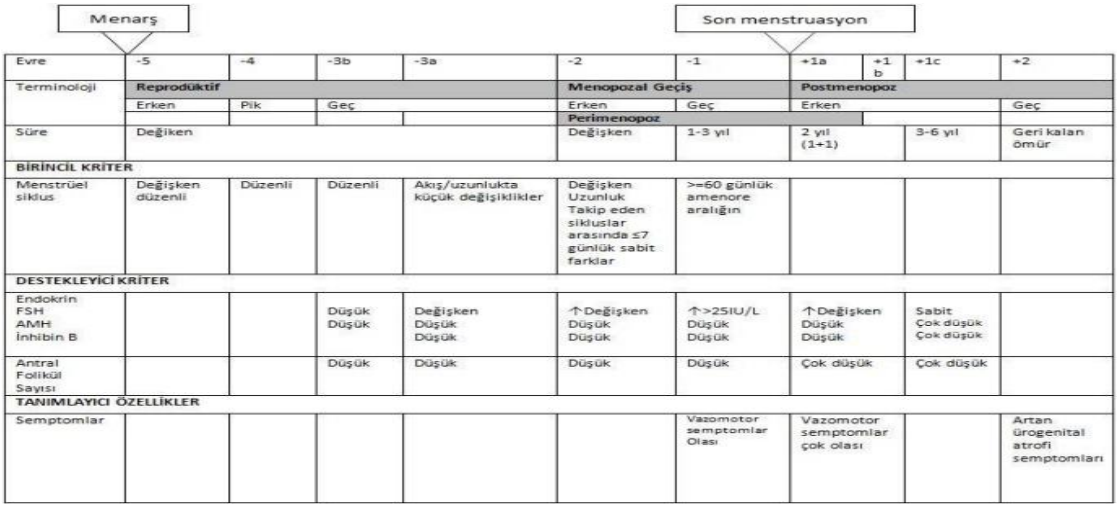
TD uygulanması kolay, yan etkisi olmayan, ebelerin ve hemşirelerin bağımsız rolleri doğrultusunda uygulayabilecekleri ilaç dışı bir uygulama olması bakımından kadın sağlığının iyileştirilmesinde kullanılabileceği söylenebilir. TD'nın etkilerinin değerlendirildiği uluslararası literatürde pek çok çalışma bulunmaktadır (25-42). Ancak, menopozal dönem kadınlarda TD'nin uyku kalitesine etkisini inceleyen yalnızca bir çalışma bulunurken (34), TD'nin uyku kalitesi ve yorgunluk üzerine etkisinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu araştırmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu çalışmanın amacı menopozal dönem kadınlarda TD'nin uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisini belirlemek amacıyla tek kör randomize plasebo kontrollü deneysel bir çalışma olarak yürütülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Menopozal Döneme İlişkin Tanımlar ve Evreleme

Klimakteryum, kadının yaşamında cinsel olgunluk dönemi ile yaşlılık dönemi arasındaki dönemdir. Over fonksiyonlarının azalarak tükendiği, üreme fonksiyonlarının son bulduğu bu dönem, STRAW (Staging Reproductive Aging in Women) evreleme sistemine göre, üreme çağının sonunun erken evresinde başlayıp, postmenopozal dönemin geç evresine kadar sürmektedir (43). Klimakteryum döneminin en çarpıcı değişikliği son adet kanamasının yaşanmasıdır. Bir kadının menopoza girdiğinin belirlenmesi için; son adeti, bir yıllık amonorenin takip etmesi yeterlidir (2,44).

Klimakteryum dönemi; premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere 4 evreden oluşturmaktadır (2,45,46). Premenopoz olarak bilinen geçiş dönemi, bir kadının son adet görmesine kadar geçen süreyi kapsamaktadır. DSÖ kadınların son adetlerinden önceki 1-2 yıllık zaman dilimini premenopozal evre olarak adlandırmaktadır. Bu evrede kadının adet düzeni kaybolmuş ve doğurganlık şansı düşmüştür. Vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi bazı semptomlar bu evrede görülmektedir (2,44). DSÖ'ye göre menopoz "ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması" şeklinde tanımlanmaktadır (3). Menopozun hangi yaşta gerçekleştiği kadınlar arasında farklılıklar göstermektedir. Türkiye'de ortalama menopoza girme yaşı 45-47 iken dünyada menopoza girme yaşı ortalaması 45-55 aralığındadır (2). Perimenopoz, adet siklusundaki bozulmaların başladığı premenopoz dönemini, menstruasyonun tamamen ortadan kalktığı menopoz dönemini, menopozdan sonraki ilk 1 yılı içeren dönem için kullanılmaktadır (44,47). Menopozdan sonraki yaşam dilimini kapsayan postmenopozal dönemde, üreme fonksiyonları tamamen durmuştur (44,48). Ortalama 6-8 yıllık süreyi içermektedir (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. STRAW Evreleme sistemi (44)

STRAW tarafından geliştirilen bu evreleme sistemi reprodüktif yaşlanmayı 7 evrede incelemektedir (Şekil 2.1). Beş evre son âdet kanamasından önce (eksi), iki evre son âdet kanamasından sonra (artı) yer almaktadır. Tüm kadınlarda bu evrelerin hepsi birbirini takip etmez. Bazen evreler birbiri ile iç içe geçmiş olabilir ya da daha uzun sürebilmektedir (2,43). STRAW evreleme sistemi; reprodüktif dönem (STRAW -5, -4, -3b ve -3a evre), menopoza geçiş (erken menopoza geçiş -2 ve geç menopoza geçiş -1 evre), postmenopoz (erken postmenopoz +1a, +1b, ve +1c ve geç menopoz +2 evre) dönemlerini içermektedir (2,49). Geç Menopoz (Evre+2) evresi ise yaşamın sonuna kadar olan ve reproduktif hormonların daha sınırlı etkilerinin olduğu evredir. Bu evrede, ürogenital atrofiye bağlı semptomlar daha yaygın, FSH ve LH seviyeleri yüksek ve stabil düzeyde, inhibin ve stabilize E_2 seviyesi düşük düzeyde görülmektedir (Şekil 2.1) (2,43,44).

2.2. Menopozun Fizyolojisi

Menopozun fizyolojisi son derece komplekstir ve kadından kadına önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Reprodüktif yaşlanmanın ve menopoza geçişin temelini overlerdeki foliküllerin tükenmesi oluşturmaktadır. Overlerde foliküllerin sayısındaki azalma yaşam boyu gerçekleşmekte ancak 40'lı yaşlardan sonra bu tükenme hızlanmakta ve gözlenebilen hormonal değişiklikler yaşanmaktadır (44,49).

Menopozda görülen fizyopatolojik değişiklikleri anlayabilmek için kadınlarda hipotalamus-hipoz-over ekseninin normal işlevleri bilinmelidir. Hipotalamustan ritmik

olarak hipofizi uyaran GNRH salgılanmaktadır. Buna karşılık hipofizden over fonksiyonlarını uyaran FSH ve LH üretilmekte, FSH ve LH konsantrasyonu overlerde üretilen östrojen, progesteron ve inhibinler aracılığıyla negatif- geribildirim sistemi ile kontrol edilmektedir. İnhibin B hipofize negatif feedback gönderilmesi ve FSH'nin baskılanmasından sorumlu hormon olarak görev almaktadır (50). Overdeki oositler ovulasyon ve atrezi ile yıllar geçtikçe tükenir. Azalan oosit sayısı daha az inhibin B salgılar bu durum FSH üzerindeki negatif geribildirimin azalmasına ve FSH'da artışa sebep olmaktadır. Bu durum daha fazla folikülün uyarılmasını dolayısı ile serum östrojen düzeylerinin artmasını ya da normal seviyenin korunmasını sağlamaktadır. Ancak folikülün erken veya daha hızlı büyümesi ile kısaltılmış bir foliküler faza ve folikülün kaybının da hızlanmasına sebep olmaktadır. Bu durum menstural siklusların normal döngüsünün değişmesine ve/veya uzunluğunda kısalmaya sebep olmaktadır. Buna karşılık overlerin yaşlanma sürecinin geç dönemlerine kadar progesteronun seviyesinde olduğu gibi luteal fazın uzunluğu aynı kalmaktadır. Yaşlanma sürecinin sonunda östrojen üretiminden sorumlu olan foliküller tükendiği için overler yüksek FSH düzeylerine bile cevap veremez ve dolaşımdaki östrojen konsantrasyonları dramatik bir şekilde düşer postmenopozal dönemde FSH seviyesi yüksek (30mlU/Lden yüksek) östrodiol seviyesi düşük düzeylerde seyretmektedir (44,50). Postmenopozal döneme gelindiğinde AMH (Anti Müllerian Hormon) seviyesi değerlendiremeyecek seviyelere düşmektedir (<0.025 ng/ml). Kadınların AMH seviyesi düşük düzeyde ise erken menopoz, daha yüksek düzeyde ise geç menopoza girmesi beklenmektedir (50).

Bir kadının menopoza yaklaştığı ya da menopoza geçiş sürecinde olduğunu net olarak tanımlamak zordur. STRAW kriterlerine göre menopoz geçişine girişin belirlenmesi için kan testleri gerekli görülmemektedir. Tam bir adet döngüsü geçmişinin en güvenilir gösterge olduğu bildirilmektedir. (44). Menopoz sonrası bütün kadınlar, yaşadıkları sürece düşük miktarda estradiol ve estron düzeylerine sahip olarak hayatlarına devam etmektedirler. Menopoz sonrası over fonksiyonları kesilmesine rağmen, östradiol düzeyleri 100 pg/ml kadar yüksek olabilmektedir (49,51). Reprodüktif yaşlanma sürecinde foliküler fonksiyonlarda ve folikül sayısındaki azalmayı en erken gösteren belirtecin İnhibin B düzeyindeki azalma olduğu bildirilmektedir. Folikül azalması devam ettikçe inhibin B düzeyi azalmakta, FSH artmakta, dolaşımdaki FSH ve LH düzeyleri üreme yıllarına göre 4 kat daha fazla

artmaktadır. Sonuç olarak overdeki folikül sayısı 1000 altına indiğinde de menopoz olayı meydana gelmektedir (44).

2.3. Menopozda Görülen Değişiklikler

Menopozal geçiş ve postmenopozal dönemde azalan östrojen seviyesine bağlı olarak, östrojen reseptörlerinin fazla olduğu dokularda pek çok değişim ve sorun yaşanabilmektedir (Tablo 2.1). Bu durumun nedeni olarak östrojenin; ürogenital sistem dışında, beyin, vazomotor sistem, kemikler, kardiyovasküler sistem, meme, göz, kolon, deri, gibi doku, organ ve sistemler üzerinde etkilerinin varlığı gösterilmektedir (44). Bu nedenle menopoz döneminde görülen değişiklikler azalan östrojen seviyesinin erken, orta ve uzun dönem etkileri olarak görülmektedir (5).

Kadınlarda fizyolojik değişimlere ek olarak menopozu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, psikolojik, sosyal, kültürel ve etnik faktörler, yaşam tarzı, beden kitle indeksi, ruh hali, iklim, menopoza yönelik tutum ve inanışlar olarak sıralanabilir (52,53). Menopozda görülen değişiklikleri erken, orta ve geç dönem şeklinde gruplamak mümkündür.

Tablo 2.1. Menopoz Dönemine İlişkin Sorunlar

Menstrual Değişiklikler	Kısa, normal, uzun sikluslar. Az ya da ağır kanamalar vb.
Vazomotor Değişiklikler	Sıcak basması, yüz kızarması, gece terlemesi
Psikolojik Değişiklikler	Unutkanlık, depresyon-sinirlilik, duygu durum değişimleri, konsantrasyon güçlüğü/kaybı uyku bozuklukları/uykusuzluk, yorgunluk
Kas-İskelet Sistemi Sorunları	Eklem ağrıları, sırt-bel-diz ağrıları/güçsüzlüğü, kırık riskinde artma
Ürogenital Atrofi	Disparoni, üriner yol enfeksiyonları, vajinal kuruluk, libido azalması, irritasyon
Kardiyovasküler Sistem Sorunları	Çarpıntı, hipertansiyon, koroner arter hastalıklarında artış riski, kolesterol ve LDL seviyelerinde artma
Diğer	Baş ağrısı/dönmesi, görmede bozulma, kulak çınlaması, ciltte kuruluk değişimi, kaşıntı, sindirim sistem sorunları, saç dökülmesi/azalması, kilo alımı, sindirim sistem sorunları, diş problemleri, görme ve işitme sorunları

2.3.1. Erken Dönemde Görülen Değişiklikler

2.3.1.1. Vazomotor Değişiklikler

Kadınların en yaygın şikâyeti olan vazomotor sorunlar sağlık kuruluşuna başvurmada birincil neden olabilmektedir. Vazomotor sorunların çoğu termoregülasyon ile ilişkilidir. Prevalansı etnik ve kültürel kökene göre değişmekle birlikte menopoz dönemindeki kadınların yaklaşık yüzde 75'ini etkilemektedir (6). Vazomotor sorunlar genellikle son âdet kanamasından önceki 2-3 yıl içinde görülebildiği gibi menopoz sonrasında da uzun yıllar devam edebilmekte ve kadınların sosyal yaşamını, psikolojik sağlığını ve günlük yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir (6,44,51).

Vazomotor sorunlar; yoğun gece terlemesi, yüzde kızarma hissi, ani ateş basması ve beraberindeki çarpıntı ve endişe hali şeklinde görülmektedir. Bu değişimler sıcak basması başlığı altında toplanmaktadır (54). Diğer vazomotor sorunlar ise titreme,

nefes alıp vermede güçlük, baş ağrısı/dönmesi, bulantı, göz önünde sinek uçuşması, uykusuzluk, el ve ayaklarda karıncalanma, uyuşma, kulak çınlaması ve konsantrasyon bozukluğudur (44,54).

Sıcak basması tipik olarak göğüs, boyun ve yüzde aniden başlayan bir sıcaklık hissi şeklinde yaşanmaktadır. Görülme sıklığı %50-80 arasında değişmekte olup sıcak basmalarının altında yatan mekanizma henüz tam olarak anlaşılmamıştır. Santral olay muhtemelen hipotalamusta başlamakta, vücut ısısı metabolik hız ve cilt sıcaklığı artmakta, bu reaksiyonlar bazı kadınlarda periferal vazodilatasyon ve terleme ile sonuçlanmaktadır. Bu reaksiyonların yaşanmasında noradrenerjik, serotoninenerjik ve/veya dopinnerjik aktivasyonlar tetikleyici olabilmektedir (55). Vazomotor sorunların düşük östrojen çekilmesi ve muhtemelen FSH ve İnhibin B deki değişiklikler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (6). Kadınlar sıcak basmasının ardından terleme ve sonrasında üşüme hissi bazen de çarpıntı ve kaygı yaşamakta, bununla birlikte uyku kalitesindeki bozulmalar, depresif belirtiler ve yaşam kalitesindeki azalmalar çoğunlukla yaşanmaktadır (56). Sıcak basmalarını sıcak ortam, stres, alkol, bazı ilaçlar ve hastalıklar, sıcak yiyecek ya da içecekler tetikleyebilmektedir (44,54).

2.3.1.2.Psikolojik Değişiklikler

Östrojenin seratonin de dâhil birçok hormon, enzim ve maddenin yapımını veya duyarlılığını etkilediği bilinmektedir. Hormonal değişimlerin yanı sıra menopozal dönemde yaşam stresleri, geçmiş problemler, sosyal ve duygu durum bozuklukları kadınlarda psikolojik sorunların derinleşmesine neden olabilmektedir (2,44). Menopozal geçiş sürecinde psikolojik şikâyetlerin insidansı %31-92 arasında değişmektedir (57). Yapılan çalışmalarda, menopozal dönem kadınlarda depresif belirtilerin arttığı, depresyon öyküsü olmayan kadınlarda menopozal geçişiyle birlikte depresif duygu durum değişikliklerinin 2,5 kat arttığı bildirilmiştir (58).

2.3.1.3. Uyku Değişiklikleri

Östrojen uykuya dalmayı kolaylaştıran ve uykunun REM evresini olumlu etkileyen bir hormondur. Bu özelliği ile östrojenin uyku kalitesinde dolaylı ve doğrudan pek çok etkisi bulunmaktadır (59). Uyku kalitesi yaşla beraber azalmakta, menopoza girme bu azalmaya katkıda bulunmaktadır. Kadınların yaklaşık %40 ile 60'ını olumsuz

etkilemektedir (6). Bu dönemde, uykuya dalmada güçlük, sık sık uyanma, uyku süresinin azalması ve erken kalma gibi sorunlar sık yaşanan uyku problemleridir (49,51). Ayrıca uyku ile ilişkili sorunlar, vazomotor şikayetlerle (sıcak basması ve gece terlemesi) eş zamanlı olarak da meydana gelmekte ve yaşanılan sorunların sıklığını ve şiddetini arttırabilmektedir (49).

Menopozal dönemde uyku kalitesi, östrojen seviyesindeki azalmanın yanı sıra sosyo-ekonomik sıkıntılar, daha önce yaşanan uyku sorunları, beyaz ırk olma, duygu durum bozuklukları, kilo alımı, sedanter yaşam, alkol ve tütün kullanımı, ağrı, sirkadiyen ritim bozuklukları gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Menopozdaki tüm kadınlarda sık görülen noktüri, sık idrar çıkma ve sıkışma hissi de uykuyu etkileyen önemli faktörlerdendir (6).

2.3.2. Orta Dönemde Görülen Değişiklikler

2.3.2.1.Genitoüriner Değişiklikler

Düşük östrojen seviyeleri, menopoz sonrası kadınlarda ürogenital organlarda fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır**.** Östrojen ve progesteron reseptörleri, ürogenital sistem boyunca bulunur ve menopoza geçişte meydana gelen hormonal değişikliklere duyarlıdırlar. Vajina ve distal üretra östrojene bağlı dokulardır. Menopoz sonrası kadınlarda gerileyen östrojen seviyeleri vajinal ve vulvar kapillerde kan akımında belirgin bir düşüşe yol açmakta, cilt kırmızı ve kuru görünmektedir. Ek olarak dokularda kolajen kaybı da yaşanmaktadır. Bu etkiler, vajina epitelinin daha ince ve daha az elastik olmasına, vajinanın daralmasına ve kısalmasına neden olmaktadır. Tüm dokularda ortaya çıkan karakteristik değişiklikler epitelin incelmesi, vasküleritenin azalması, kas hacminin azalması şeklindedir (2,6,44).

Pelvis tabanında yer alan kasların ve uterus ile çevre organları destekleyen ligamentlerin tonüs ve esnekliği de kaybolmaktadır. Pelvik organları yerinde tutabilme özelliği azalmakta, sonuçta pelvik elastikiyetin bozulması ile sistosel, rektosel, enterosel ve uterus prolapsusu gibi sorunlar yaşanabilmektedir. İnkontinans menopozal dönemde yaşanabilen bir diğer ürogenital sorun olup stres inkontinans ve sıkışma tipi inkontinans bu dönemde sıklıkla görülmektedir (2,49).

Menopoz sonrası dönemde östradiol seviyesi azaldıkça atrofik semptomların yaygınlığı artmaktadır (6). Menopozdaki östrojen seviyesinin azalması ve androjenlerdeki yaşa bağlı düşüş ile menopozdan bağımsız olarak cinsel istekte azalma, uyarılma zorluğu, disparoni ve orgazm sorunları cinsel doyumda azalmaya neden olmaktadır. Menopozun şekli, yaş, fiziksel ve mental sağlık düzeyi, menopoz öncesi cinsel yaşam kalitesi, partner /eş ilişkisi, eğitim düzeyi ve öz saygı düzeyi gibi değişkenler cinselliğin duygusal ve bilişsel yönlerini etkilemektedir (60). Vulvadaki görülen değişiklikler kuruluk, yanma, kaşıntı, tahrişe neden olup enfeksiyona yatkınlığı arttırmaktadır. Kadınların %70'inden fazlası bu durumu deneyimleyebilmektedir. Vajinal dokudaki değişiklikler seksüel aktivite esnasında ve sonrasında epitel hasara zemin hazırlayabilmektedir (2,6,44).

2.3.2.2. Deri, Kıkırdak ve Bağ Dokusu Değişiklikleri

Menopozal dönemde oluşabilen cilt değişiklikleri hiperpigmentasyon, (yaş lekeleri) kırışıklık ve kaşıntıdır. Bunlara yaşlanma ve ışığa maruziyet neden olmaktadır. Ayrıca hormonal yaşlanmanın da birçok cilt değişikliğinden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bu değişiklikler: azalmış kollajene bağlı deride incelme, yağ bezelerinin salgısında azalma, esneklik kaybı ve kan akımındaki azalma şeklindedir (6). Kollajen, elastin ve su içeriğindeki azalma nedeniyle deri ve bağ dokunun elastikiyetinde azalma, kuruluk, kırışıklık, buruşma, sarkma (özellikle memelerde) oluşmaktadır. (2,6) Östrojen eksikliği nedeniyle androjen düzeylerinin yüksekliği, alopesi (saç dökülmesi), hirsutizm (aşırı tüylenme), tırnaklarda kolay kırılma, osteoartritte artış ve seste kalınlaşma gibi sonuçlara neden olabilmektedir (2,5). Deri kanseri görülme sıklığının 50 yaşından sonra arttığı belirtilmektedir. Ayrıca melanosit düzeyindeki azalma nedeniyle saçlarda grileşme başlamakta ve hiperandrojenik durum nedeniyle saç dökülmesi görülmektedir (2,44).

2.3.3.Geç Dönemde Görüken Değişiklikler

2.3.3.1. Kas-İskelet Sistemi Değişimleri

Postmenopozal dönem kemik kaybında artışın görüldüğü bir dönemdir. Östrojen kemik yoğunluğunun korunmasında önemli bir role sahiptir (2,48). Menopoz dönemi ve

menopoz sonrasında kemik mineral yoğunluğunda belirgin azalma görülmektedir. SWAN (Study of Women's Health Across the Nation = Ülke Çapında Kadın Sağlığı Araştırması) ve MWMHP (Melbourne Women's Midlife Health Project = Melbourne Orta yaş Kadın Sağlığı Projesi) çalışmalarında kemik kaybındaki artışın artmış FSH seviyeleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (2,44,49). Düşük kemik kütlesi, kemik bütünlüğünde bozulma ve kırılganlık artışı ile karakterize olan osteoporoz postmenopozal dönem kadınlarda görülen önemli sağlık sorunlarından birisidir (6). Tüm dünyada yaşlı popülasyonun artmasına bağlı olarak dünyadaki osteoporoz prevalansı %4 ile %40 arasındadır (2,48). Kadınlarda kemik kütle kaybı ilk olarak 30'lu yaşlarda başlamakta ve bu kayıp yaşam boyunca devam etmektedir. Menopoz öncesi her yıl kemik kütle kaybının oranı toplam kemik dokusunun %1'inden daha azdır, menopoz sonrası östrojen eksikliğine bağlı olarak her yıl kemik kaybı oranı %5'e kadar artış göstermektedir (2,44).

Osteoporoz gelişimi ile ilgili risk faktörleri; yaş, kalıtım, östrojen düzeyi, diyetle kalsiyum alımı azlığı, düşük Vucut Kitle İndeksi (VKİ), yüksek düzeyde kafein ve alkol alımı, sedanter yaşam tercihleri ve sigara kullanımıdır (2,6,49). Postmenopozal dönemde kadınlarda D vitamini eksikliği, kalsiyum alımının azalması, protein alımının yetersizliği gibi beslenme problemleri de kemik yoğunluğunun azalmasına ve kırıklara zemin hazırlamaktadır (49).

Osteoporozla birlikte kadınlarda kas kütlesinde kayıp (sarkopeni), kas/eklem ağrılarında artış, hareket kabiliyetinde azalma görülebilmektedir (5). Kemik ve kas yoğunluğundaki azalma, kırık riskini arttırmaktadır. Özellikle ciddi morbidite ve mortalite ile sonuçlanan kalça kırıklarında artış söz konusudur. En sık kırık alanı lumbar vertebralar, bilek (distral radius) ve kalçalar (femoral boyun) olduğu bildirilmiştir (6).

2.3.3.2. Kardiyovasküler Değişimler

Kalp hastalıkları dünyada gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek popülasyonunda morbidite ve mortalitenin en yaygın nedenidir (6). Kalp hastalığı riski yaş ilerledikçe tüm insanlar için yükselmekte ancak menopoz başlangıcından sonra kadınlarda semptomlar daha belirgin hale gelebilmektedir (49,51). Reprodüktif dönemdeki kadınlarda östrojenin kardiyovasküler sistemdeki koruyucu etkisinin postmenopozal dönemde ortadan kalkmasıyla lipit metabolizmasındaki değişiklik nedeniyle kalp-damar

hastalıkları riski de artmaktadır. Bu değişiklikler HDL düzeyinde azalma ve LDL düzeyinin artışı sonucu kolesterol birikimi ile damarlarda oluşan ateroskleroz şeklindedir (44).

Kalp damar hastalıklarındaki bu artışın sebebinin; kadınlardaki ilerleyen yaş, östrojenin koruyucu etkisinin ortadan kalkması ve menopozdan sonra meydana gelen metabolik ve hormonal değişiklikler olduğu düşünülmektedir (2,44,49). Ayrıca östrojenin kardiyovasküler koruyucu etkisinin antienflamatuvar, antioksidan ve damar koruyucu etkileri olduğu bunun da damar duvarlarının esnek olmasını ve kan akışına uyum sağlamak için genişleyebilme kapasitesini sağladığı düşünülmektedir (48).

Kadınlarda orta yaş sonrası ölümlerin %46'sı kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Bu riski arttıran unsurlar; kilo alımı, bel çevresinin 80 cm'den fazla olması, kan basıncı yükselmesi, diyabet eğiliminde artış ile kendini gösteren metabolik sorunlar olduğu düşünülmektedir (2,44,49).

2.3.3.3. Merkezi Sinir Sistemi Değişimleri

Menopozal dönemde kadınlarda östrojen seviyesindeki azalmayla birlikte nöronlarda ve sinaptik iletimin yapısında değişiklerle karşılaşmak mümkündür (5). Hafıza ilerleyen yaşla birlikte zayıflamaktadır. Azalmış östrojen düzeyinin hafıza ve kavramaya doğrudan etkisinin olmadığı saptanmış olsa da değişen hormonların özellikle östrojen seviyelerindeki değişikliklerin ruh hali ve bilişel durum dahil beyin sistemlerini etkileyebileceği, bu durumun da kadınlarda, ruh hali değişimleri, duygu durum değişimleri, hafıza kaybı, sinirlilik, konsantrasyonda azalma, yorgunluk gibi etkilere neden olacağı bildirilmektedir (1,44,51).

Kadınların yaşadığı sosyal ekonomik, kültürel değişimler, kendinin ve/veya eşinin sağlık sorunları, kendinin ve/veya eşinin emeklilik sonucu ev düzeninde yaşanan değişiklikler gibi bu döneme özgü yaşam değişimleri de kadınların bilişsel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir (51).

2.4. Menopoz Döneminde Görülen Değişikliklerin Yönetimi

Menopoz semptomlarının yönetiminde hormonal tedavi, hormon dışı tedavi, geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler kullanılmaktadır. Östrojenin etkinliğine rağmen,

bazı kadınlar hormonal olmayan ilaçları tercih edebilmekte veya östrojen kullanımına karşı kontrendikasyonları olabilmektedir (61).

2.4.1. Hormon Tedavisi (HT)

Menopozal dönem kadınlarda, overlerin salgıladığı hormonların takviye edilerek, menopozal yakınmaların giderilmesi ya da azaltılmasının hedeflendiği, östrojen ve/veya progesteron ya da androjenleri içeren tedavi biçimidir (48). Tedavinin amacı premenopozal dönemdeki hormonal seviyelere ulaşmak değil, hormonal yoksunluğun kadın üzerindeki etkilerini azaltmaktır (6,49,51).

Bir kadına HT başlamak için kadının tüm risk faktörleri ayrıntılı sorgulanmalı, kar- zarar ilişkisi gözetilerek tedaviye karar verilmelidir. Öncelikli olarak hastanın yaşı, yakınmaları, kardiovasküler bir hastalığı olup olmadığı, daha önce inme geçirip geçirmediği ya da risk faktörünün bulunması, meme kanseri öyküsü ya da riskine sahip olup olmadığı incelenmeli ve tüm bu bilgiler ışığında tedavi başlanmalıdır. Tedaviye başlamadan önce hasta tam bir fizik muayeneden geçirilmelidir. Vücut tartısı, kan basıncı ölçümü, meme ve pelvik muayenesi, pap smear, mamografi, osteodansimetrik analiz ve kanda glikoz, kolestrol incelenmesi yapılarak ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmelidir. Değerlendirmeler 3-9 ay ara ile tekrarlanmalı, kadın HT'nin yan etkileri, beslenme, egzersiz konusunda bilgilendirilmelidir (48). Tedaviye güncel yaklaşımda her zaman düşük doz östrojen tedavisi ile başlayıp eğer hasta fayda görmezse yüksek doz östrojen tedavisine geçiş yapılmalıdır. Semptomlar giderilir ise ve hasta tedaviyi tolere ederse aynı doz ile birkaç yıl tedaviye devam edilmelidir. Mammografi, HT çok kısa süreli kullanılacak olsa bile mutlaka önerilmektedir. HT kullanım süresinin 5 yılı aşmaması gerektiği ve 60 yaşın üstünde kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir (49,62).

2.4.2. Hormon Dışı İlaç Tedavileri

Hormon dışı tedaviler çoğunlukla sıcak basmalarını azaltmaya yönelik kullanılsa da diğer semptomların yönetiminde de kullanılmaktadır. Menopozal yakınmaların yönetiminde, antidepresanlar, antiepileptikler, antikolinerjikler, nonsteroidal anti-enflamatuar ilaçlar, vajinal nemlendiriciler, bifosfonat, kalsiyum, D ve K_1 vitamini, çinko, omega-3 takviyesi kullanılabilmektedir (61,63).

2.4.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri

Kadınların yaşadığı menopozal yakınmaları iyileştirmek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla tercih edilen geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri arasında biyolojik temelli uygulamalar (bitkiler-vitaminler-mineraller, aromaterapi), zihin-beden temelli uygulamalar (yoga, hipnoz), enerji terapileri, ilerleyici kas gevşeme egzersizleri, derin solunum egzersizleri, fiziksel egzersiz, pilates, akupunktur, refleksoloji ve farkındalık eğitimleri gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (15).

Nikjou ve arkadaşlarının (2016) lavanta yağının menopozal yakınmalar üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, 12 hafta süresince haftada iki kez 20 dk süreli lavanta yağı inhalasyonunun menopozal yakınmalarda anlamlı derecede azalma sağladığı bildirilmiştir (64). Arrant'ın (2019) postmenopozal kadınlarda yoganın uyku ve stres üzerine etkisini incelediği çalışmasında 8 haftalık yoga uygulamasının, uykuda iyileşme sağladığı bildirilmiştir (65). Yeşil Hikmet'in (2021) Reiki uygulamasının menopoz semptomlarına etkisi üzerine yaptığı çalışmasında; uzaktan reiki uygulaması sonrası menopozal dönem kadınlarda uykusuzluk sorununu da içeren somatik şikâyetlerde ve aynı zamanda psikolojik ve ürogenital şiklayetlerde azalma olduğunu bildirmiştir (21). Menopozal dönem kadınlarda uyku hijyeni eğitimi, nefes egzersizleri ve progresif gevşeme egzersizlerinin uygulandığı çalışmalarda, uyku düzeninin iyileştirilmesinde, uyku sorunlarının azalmasında ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde bu uygulamaların etkili olduğu görülmüştür (66). Zengin Aydın ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada menopozal dönem kadınlarda refleksoloji uygulamasının yorgunluk düzeyinde önemli bir azalma sağladığı bildirilmiştir (67). Gözüyeşil ve Başer'in (2016) 120 kadın ile yürüttükleri randomize plasebo kontrollü çalışmalarında menopozal dönem kadınların vazomotor yakınmalarının azalmasında ve yaşam kalitelerinin artmasında refleksolojinin etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir (16).

2.5. Uyku

Uyku, bireyin bilinçsizlik halinin ışık, ses gibi dış uyaranlar ile geri döndürülebildiği, aktivite düzeyinin minimal seviyede olduğu, zihinsel, psikolojik ve biyolojik sağlığın korunmasında, hücre yenilenmesinde, sinir sisteminin gelişimi ve onarımında önemli rolü olan geri dönüşümlü, nörodavranışsal bir süreç olarak tanımlanmaktadır (68).

İnsanlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini uykuda geçirmektedirler (79). Uyku sırasında; solunum, kalp atış hızı yavaşlamakta, kan basıncı ve vücut sıcaklığı düşmekte, istemli kas hareketlerinin ve duyusal organların aktivitesi gerilemekte bu sayede ruhsal, zihinsel ve fizyolojik olarak etkin bir yenilenme ile yeni güne hazıroluşluk sağlanmaktadır (68-70).

2.5.1. Uykunun Evreleri

Zihinsel yenilenme, sinir sisteminin onarımı ve gelişiminde önemli rolleri olan uyku, Non-REM (Non-Rapid Eye Movement) ve REM (Rapid Eye Movement) olmak üzere 2 evreden oluşmaktadır (71-73).

Uyku döngüsü hafif/yüzeyel uykudan derin uykuya geçiş ile seyretmekte ve her döngüde hafif /yüzeyel uykuya dönüş yaşanmaktadır. Yetişkin sağlıklı bir insanın uyku döngüsü kişinin uykuda kaldığı süre boyunca yaklaşık 4-6 kez tekrar edilmektedir. Non-REM evresiyle başlayan uyku, uyaran maruziyeti olmadığı sürece REM evresiyle devam etmektedir. Bu iki evre arasında negatif bir ilişki vardır, birinin etkisi azalırken diğerinin etkisi artmaktadır. (73,74).

İnsan bedeninin fizyolojik olarak dinlenmesi ve yenilenmesi Non-REM evresinde gerçekleşirken, ruhsal ve zihinsel dinlenme REM evresinde gerçekleşmektedir (74,75). Non-REM evresinde kan akımı ortalama %25 artarken, bu oran REM evresinde %80 düzeyindedir. Her evrenin ortalama süresi 90-100 dakika arasındadır (74).

2.5.1.1. Non-REM Uykusu

“Yavaş dalga uykusu ya da rüyasız uyku” olarak adlandırılan ve beyin dalga boylarının çok düşük ancak çok güçlü frekansta olduğu, hızlı göz hareketlerinin rastlanmadığı (Non-REM) yavaş dalga uykusudur. Uykunun başladığı evredir ve kendi içinde dört evreyi barındırmaktadır (76-78).

Evre 1: Uykunun başlangıcı, uykuya geçiş dönemi olan, dış uyaranlara çok açık olunan, yarı uykululuk olarak da adlandırılan bu evre 1-7 dk arasında sürmekte ve bu evrede fizyolojik aktivasyon yavaşlamaktadır (77,79).

Evre 2: Bazal metabolizma hızının %10-30 oranında azaldığı, dış uyaranlara tepkinin ya da uyandırılmanın daha zorlaştığı ancak beynin önemli önemsiz şeyleri ayırt

edebildiği, göz hareketlerinin olmadığı uykunun birinci evresine göre daha derin uykunun yaşandığı gece uykusunun toplamının %40-50'lik dilimini içeren evredir (76-79).

Evre 3: Parasempatik sinir sistemi bu evrede solunum hızını yavaşlattığı, vücut sıcaklığının ve nabız hızının düştüğü ve kasların gevşediği evredir. Bireyi uyandırmak için güçlü bir uyaran gereklidir. Gece uykusunun toplamının %3-8'lik dilimini içeren evredir (76-79).

Evre 4: Somatotropin ve büyüme hormonu bu evrede salgılanmaktadır. Uyku siklusunun en derin evresi olan bu evrede; horlama, uyurgezerlik, sayıklama ve idrar kaçırma görülebilmektedir. Bireyi bu evrede uyandırmak zorlaşmaktadır (76-79).

2.5.1.2. REM (Rapid Eye Movement) Uykusu

"Paradoksal uyku, desenkronize uyku, aktif uyku" olarak da isimlendirilen uyku evresidir (68,80). Uykuya daldıktan yaklaşık 90 dk sonra ilk REM evresine ulaşılmakta ve sonrasında uyku döngüsü boyunca yaklaşık 90 dakikada bir beş ile 30 dk'lık sürelerde devam etmektedir (68). Bu evrede beyin fonksiyonlarında %20'lik bir artış, göz hareketleri ani ve hızlı, solunum sayısı ve derinliğinde artış görülmektedir. Metabolizma, kalp atım hızı, kan basıncında ve gastrik sekresyonlarda artış görülürken, kas refleksleriniin baskılandığı gözlemlenmektedir. Rüyaların %80'i bu evrede görülür ve görülen rüyalar hatırlanablir. Beyin aktiftir ancak bu aktiflik bireyin dış çevre ile ilişki kurmasına ya da uyanmasına sebep olmamaktadır. REM evresi toplam uykuda geçirilen sürenin %20-25'lik dilimini içermektedir. Bireyin REM evresinde uyanması Non-REM evresine göre daha da zorlaşmaktadır (76-80).

2.5.2.Uyku Gereksinimi ve Uykuyu Etkileyen Faktörler

Fizyolojik, normal uyku düzenine sahip sağlıklı yetişkinlerde psikolojik, zihinsel aktivite ve yenilenme için önerilen uyku miktarı, 7-9 saat olarak bildirilmiştir (82). Uykuya olan ihtiyaç bireyin bulunduğu yaşamsal evreye göre değişiklik göstermektedir. Bebeklik ve çocukluk döneminde uykuda geçirilen süre uzun iken, yaşın ilerlemesi ile bu sürenin azaldığı, uykuya dalmada ve uykuda kalmada zorluk yaşandığı görülmektedir (68,74).

Uyku alışkanlıkları, ışık, gürültü, havalandırma gibi uyku ortamının konforu, yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, cinsiyet, yaş ve kronik hastalıklar uykuyu etkileyen faktörlerdendir. Kadınların erkeklere göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmektedir (6). Uyumadan önce yemek yemenin ya da uzun süreli açlığın, alınan kafein miktarının, alkolün, uyarıcı ilaç kullanımının, uzun süreli hareketsizliğin ve aşırı yorgunluğun uyku düzenini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (74,82,83). Ayrıca kalp, tansiyon, diyabet, obezite gibi kronik hastalıklar uyku kalitesini önemli derecede etkilemektedir (75).

2.5.3. Menopozal Dönemde Uyku Kalitesi

Menopozal dönemde uyku kalitesi, östrojen seviyesindeki azalmanın yanı sıra stres, kilo alımı, fiziksel egzersiz, alkol ve tütün tüketimi, sıcak basmaları, duygudurum bozuklukları, ağrı, sirkadiyen ritim bozuklukları gibi birçok faktörden etkilenmektedir (79-83).

Menopozal döneme geçişte ve postmenopozal dönemde uyku sorunları üreme çağındaki kadınlara oranla daha fazla yaşanmaktadır. (84). Bu dönemde görülen uyku ile ilişkili sorunlar kadınların yaklaşık %40-60'ını olumsuz etkilemekte ve vazomotor şikayetlerle (sıcak basması ve gece terlemesi) eşzamanlı olarak meydana gelmektedir. Uykuya dalmada zorluk, uykunun bölünmesi, gece uyanmaları ve sabah erken kalkma bu dönemde sık görülen sorunlardır. Vazomotor semptomlar uyku sorunlarının sıklığı ve şiddetini arttırmaktadır (49). Ayrıca uyku sorunları kadınların yaşam kalitesini, ruh sağlığını, verimliliğini ve fiziksel sağlığını olumsuz etkilemektedir (84).

Menopozda HT, benzodiazepinler, bezodiapezin reseptör agonistleri, antidepresanlar, antipsikotikler ve melatonin gibi farmakolojik tedaviler, yaşam tarzı değişiklikleri ve bilişsel davranışçı terapi, menopozla ilişkili uyku sorunlarının yönetiminde sık kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır (86). Ayrıca akupunktur, terapötik masaj ve bilinçli farkındalık temelli gevşeme yöntemlerinin uyku sorunlarını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (49).

Oliveria ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada, herhangi bir farmakolojik tedavi almayan ve uyku bozukluğu yaşayan hastalara terapötik masaj uygulanmış ve terapötik masajın uyku ile ilişkili yakınmaları azalttığı bulunmuştur (86). Lucctessi ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, 50-67 yaş arasında

olan ve herhangi bir antidepresan ve HT almayan postmenopozal kadınlara uygulanan akupunktur sonrası, kadınların uyku ve yaşam kalitesinin arttığı gözlenmiştir (87). Sekiz haftalık bilinçli farkındalık temelli gevşeme eğitiminin, menopoz sonrası kadınlarda uyku ve yaşam kalitesini iyileştirdiği, vazomotor semptomları azalttığı belirlenmiştir (88).

2.6. Yorgunluk

Tanımlanması oldukça zor olan yorgunluk hem fiziksel hem de psikolojik semptomları kapsayan, fiziksel ve zihinsel verimliliği azaltan, karmaşık, çok boyutlu ve öznel bir deneyimdir (89,90).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanısı Derneği (NANDA) tarafından 1988 yılında bir tanı olarak kabul edilmiş ve 'dinlenmekle geçmeyen, mental ve fiziksel kapasitede azalma ve bitkinlik duygusu yaşama' şeklinde tanımlanmıştır (91). Isı, ışık, nem, sıcaklık, gürültü, ruh hali, yaş, hastalık durumu, ilaç kullanımı, uykusuzluk, yaşam aktiviteleri, fizyolojik ve metabolik özellikler NANDA'ya göre yorgunlukla ilişkili faktörlerdir (91,92).

Yorgunluk pek çok hastalığın belirti ve bulgusu olabileceği gibi sağlıklı her bireyde geçici olarak da görülebilmektedir. Akut ve kronik olmak üzere iki kategoride yaşanabilmektedir (12).

Akut yorgunluk, geçici enerji kaybı, beslenme yetersizliği ya da bozukluğu, hareketsiz yaşam, uyku sorunları ve zihinsel yoğunluk yaşandığında görülebilmekte ve tetikleyen sorun ortadan katlığında kendiliğinden geçmektedir. Kronik yorgunluk ise altı ay gibi bir süre devam eden uyumakla, beslenmekle, dinlenmekle geçmeyen; sosyal, mental, zihinsel ve fizyolojik birçok etkeni içinde barındıran bir durumdur (12,92).

2.6.1. Menopozal Dönem ve Yorgunluk

Menopozal dönemde meydana gelen pek çok değişim ve sorunların bir sonucu olarak yorgunluk görülebilmektedir (12,53). Duygu durum değişiklikleri ve uyku sorunlarıyla birlikte yorgunluk menopozal dönem kadınlar tarafından sıklıkla şikâyet edilen sorunlar olup, kronik yorgunluk yaşayan kadınların menopozal sorunları daha fazla yaşadığı bildirilmektedir. Bu dönemde yaşanan sıcak basması, gece terlemeleri ve

sık idrar çıkma gibi sorunlar kadınların gece uykularının yetersizliğine ve dolayısıyla yorgunluk yaşamalarına neden olmaktadır (6).

Külekci ve arkadaşlarının (2019) postmenopozal dönem kadınlarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarında, yorgunluğun postmenopozal dönemde daha fazla yaşandığı ve yaşanılan yorgunluk şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (12). Gözüyeşil ve Başer'in (2016) menopozal dönem kadınlarla yürüttükleri çalışmalarında günlük yaşam aktiviteleri etkileyen en önemli menopozal sorunların sırasıyla, ruhsal durum, uyku ve konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olduğu belirlenmiştir (16). Erkin ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlar tarafından bildirilen menopozal yakınmaların %51,3'ü yorgunluk, %40,'ı sinirlilik, %36,7'si cinsel ilişkide azalma, %35,3'ü uykusuzluk, %34,7'si cinsel isteksizlik ve %30,7'si eklem ağrısı olarak bildirilmiştir (93).

2.7. Terapötik Dokunma

Enerji felsefesine göre evren, madde, insan, enerji ve titreşimden oluşmaktadır (94). Her canlı, kendi enerji alanının düzenlenmesini sağlayan açık bir enerji sistemidir. Sağlıklı bir insanın enerji alanı, simetrik, dengeli, enerjinin serbestçe aktığı, tüm doku ve organları besleme özelliğindedir. Dengesiz enerji alanı, enerji akışında tıkanıklıklara, fiziksel ve psikolojik hastalıklara neden olmaktadır (94,95). Temel enerji felsefesine dayanan bazı yöntemler; terapötik dokunma, refleksoloji, şifalandırıcı dokunuş, reiki ve biyoelektromanyetik uygulamalar şeklinde sıralanabilir (95).

Terapötik Dokunma (TD), 1970'lerin başında New York Üniversitesi'nde profesör olan Dolores Krieger ve doğal bir şifacı olan Dora Kunz tarafından Rogers'ın "Üniter İnsan Kuramı"ndan etkilenerek geliştirilmiştir. TD, bireyde dengesiz enerji alanını düzenleyerek ya da enerji akışındaki tıkanıklıkları çözerek, bireyin dengesini bulmasına ve sağlığına kavuşmasına katkıda bulunmak amacıyla evrende var olan enerjinin belli bir amaçla niyet edilerek şefkatle kullanıldığı kanıta dayalı nanfarmakolojik/bütünleşik tedavi yöntemidir (23,97). ABD'de Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM),'ın yaptığı sınıflamaya göre tamamlayıcı ve alternatif tedaviler arasında yer almaktadır (97-99). Uluslararası Terapötik Dokunuş Derneği TD uygulamasını, denge ve refahı teşvik

etmek için evrensel enerjinin kasıtlı ve şefkatli kullanımını birleştiren bütünsel, kanıta dayalı bir tedavi olarak açıklamaktadır (23,39,99)

TD insan enerjisi alanının dönüşebileceğini, enerji alanlarının yeniden dengelenebileceğini ve bunun da sağlığı teşvik edeceğini varsaymaktadır. Uygulama, uygulayıcının elleriyle terapi uygulanacak bireyin enerji alanı arasında kasıtlı olarak yönlendirilmiş enerji alışverişi yoluyla yapılmaktadır (23,97,100). TD uygulama esnasında, düşünceler susturulmakta ve danışanın iyileşmesini destekleme niyetine odaklanılmaktadır. TD uygulamasında bireye, fiziksel olarak dokunmak zorunluluğu bulunmamaktadır. Eller enerji alanında, danışandan yaklaşık 5-15 cm (2-6 inç) uzakta tutularak, düzgün ve simetrik olarak hareket ettirilmekte avuç içindeki sıcaklık, serinlik, ağırlık, karıncalanma, duyusal sezgisel ipuçları ile "farklılıkların farkındalığı" ile enerji alanı değerlendirilmektedr (23,31,97).

İnvaziv bir girişim gerektirmeyen, kolay, ucuz, her yerde uygulanabilen ve yan etkisi olmayan bir uygulamadır. Etkin bir tedavi için eğitimli ve deneyimli bireyler tarafından uygulanmalıdır. Uygulamayı yapabilmek için Terapötik Dokunma Uluslararası Birliği (TTIA 2020) tarafından düzenlenen sertifika programına dâhil olunması gerekmektedir. Bu eğitim programı kapsamında temel ve ileri düzey eğitimler verilmekte, eğitimler teorik ve uygulamalı olarak yürütülmektedir (23).

2.7.1. Terapötik Dokunma Uygulaması

TD çeşitli uygulama basamaklarından oluşmaktadır.

1. Merkezlenme

TD'nin ilk ve en önemli adımıdır. Bu aşamada terapi uygulanacak bireye uygulamaya başlamadan önce sevgi ve şevkatle yardım etmek için niyette bulunulmaktadır (27). Uygulayıcı, kendini açmak, "an" da kalmak için nefesini, meditasyonu, imgelemeyi ve/veya görselleştirmeleri kullanmaktadır. Uygulayıcı bedenini, zihnini, duygularını sessiz, dingin, odaklanmış, zamanın ve mekânın olmadığı bir bilinç durumuna getirmektedir. Merkezlenmiş halde iken uygulayıcının farklılıkları fark etme yetisi artmıştır. Merkezlenmenin uygulama boyunca sürmesi gerekmektedir. Şüphe duyulan her durumda danışanın enerji alanından çıkıp tekrar merkezlenme sağlandıktan sonra enerji alanına tekrar dönülmelidir (23,97).

2. Değerlendirme

Uygulayıcının, bireyin enerji alanını değerlendirdiği bilgi edinme evresidir. Terapi uygulanacak birey uzanabilir ya da oturabilir. Bu evrede terapi uygulanacak bireyden alınan ipuçları yeniden dengeleme aşamasında uygulayıcıya yardımcı olacaktır. Eller, kişinin vücudundan 5-15 cm uzakta, baştan ayağa ritmik, simetrik bir şekilde hareket ettirilmektedir. Sıcaklık, soğukluk, dolgunluk, iğneleme, tıkanıklık, gerginlik, boşluk hissi, çekme ve ağırlık, blokaj, karıncalanma gibi enerji alanındaki bozukluklar ve farklılıklar duyusal ipuçları ile değerlendirilmektedir. Hissedilen farklılıklar enerji alanındaki sapma anlamına gelmektedir (23,97).

3. Yeniden Dengeleme

Temizleme veya Düzeltme: Terapi uygulanan bireyin enerji alanında ortaya çıkan dengesizliğin/düzensizliğin, iyileşmesi/şifalandırılması için yeniden dengeleme gerekmektedir. Bu aşamada tarama aşamasında fark edilen farklılıklar, tıkanıklıklar ve dengesizlikleri düzeltmek için, uygulayıcı ve terapi uygulanan birey arasında bir enerji geçişi olmaktadır. Uygulayıcı bu adımda soruna değil bütüne odaklanmakta, el ile baştan ayağa süpürme hareketleriyle, nazikçe enerji alanının ritmik akışına izin vermektedir. Bu süreçde genellikle yağmur, ışık, rüzgâr, su akışı gibi olumlu imgeleme veya görselleştirmelerden faydalanılabilir(23,97).

Modülasyon: Uygulayıcı tarafından, bir önceki adımda yapılan taramada belirlenen farklılıklar (yoğunluk, boşluk, sıcaklık ve soğukluk) doğrultusunda hissedilen alanlara elleri kullanarak bilinçli şekilde enerjinin yönlendirilirdiği aşamadır. Enerjinin dengeli ve ritmik hale gelebilmesi için; farklılık hissedilen alanda eğer fazla enerji varsa dengelenmekte, kaybedildiği düşünülen bir enerji varsa enerji tekrar yüklenmekte ve enerji akışı modüle edilmektedir. Modülasyon sağlanırken genellikle ters enerji imgelemesi yapılmalıdır. Uygulayıcının hissettiği ipucu sıcaklık ise, yeniden dengeleme aşamasında soğuk imgesi yansıtılır veya ipucu soğukluk ise hissedilen bölgeye sıcaklık imgesi aktarılmaktadır (23,97).

4. Yeniden Değerlendirme ve Bitirme

Yeniden Değerlendirme: Dengelemenin tamamlanıp tamamlanmadığının belirlendiği kontrol aşamasıdır, önceki taranan bölgeler tekrar taranmaktadır. Bireyin enerji alanlarında tekrar farklılık veya düzensizlik belirlenirse süreç başından itibaren

tekrar edilmektedir. Denge hissedildiğinde ise tedavi sonlandırma süreci başlamaktadır(23,97).

Topraklama: TD topraklama ile bitirilmektedir. Topraklamada eller bireyin ayaklarının üzerine konur ya da konulduğu varsayılır. Stabil enerjinin, bireyin başından başlayarak ayak parmak uçlarına doğru hareket ederek ayak çakralarından çıkıp, toprağa gittiği ve orada yenilenerek temiz ve saf bir enerji olarak yeniden fizyolojik ve eterik bedene döndüğünün imgelenmesidir(23).

Tedaviyi Bitirmek: Bireyin enerji alanı yeniden değerlendirildiğinde, farklılıkların hissedilmediği, ipuçlarının alınmadığı ve dengenin sağlandığına kanaat getirildiğinde aşamada uygulama bitirilmektedir.

Tüm uygulama ortalama 10 ila 20 dk arasında sürmektedir. Uygulama yapılan bireyin dinlenmesine fırsat vermek önemlidir. Aynı zamanda uygulayıcının her yeni uygulama için benliğindeki farlılıkları ve yeni iç görü deneyimlerinin kazanılması için de bu dinlenme süresi önemlidir (23).

2.7.2. Terapötik Dokunmanın Ebelik Uygulamalarındaki Yeri

Dokunma, önemli duyulardan biridir ve temel bir insan ihtiyacıdır. Terapi kelimesine çok yakın bir kavramdır (102). Dokunma, ebeler/hemşireler ve hastalar arasındaki iletişimi arttırır, yaşamsal belirtilerin düzenlenmesini sağlar ve fizyolojik iyileşme süreci üzerinde etkilidir. Bireylerde özgüven duygusunun oluşmasını sağlar ve böylece hastaların psikososyal sorunlarını azaltır. Ebelerin sadece uygulamalar ve meslek için hastalara dokunmaları, hastalarla iletişim kurmada etkili bir yol olmasa da profesyonel-fonksiyonel ilişkiyle ilgi ve destek mesajları ile dokunmanın seyri hasta-ebe/hemşire ilişkisini daha da güçlendirecektir (30).

Marta Rogers ve Jean Watson gibi hemşirelik teorisyenlerine göre insan, enerji alanları ile çevresel enerji alanları arasında değişmez bir etkileşim içerisindedir. Bu nedenle insan bedeni, iyilik halinin devamı için fiziksel beden ve eterik/yaşamsal alandan bağımsız değerlendirilmemelidir. Bu teorisyenler, hemşirelik eğitim ve uygulamalarında kişilerin enerjilerinin ve enerji çevrelerinin bütünsel yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (98,99). Dr. Krieger ve Kunz sifa yöntemlerinden TD öğretisini yaymak ve öğretmek için bir müfredat geliştirmiş, sonrasında bu müfredata Hinduizm'den gelen Pirana ve çakralar kavramları da dâhil

edilmiş ve bu müfredat dünya çapında lisans ve lisansüstü programlarda öğretilmiş ve çeşitli sağlık hizmetlerinde uygulanmıştır. 1972'den beri 80'den fazla üniversitede ve yaklaşık 90 ülkede öğretiler devam etmektedir (23).

Ebeler ve hemşireler tarafından kullanım alanları incelendiğinde ise, yaşam bulguları, ağrı, anksiyete, bulantı kusma, yorgunluk ve uyku sorunlarının yönetiminde kullanıldığı görülmektedir (22).

Ebelerin ve hemşirelerin bağımsız rolleri doğrultusunda kadın sağlığının iyileştirilmesinde kullanılabilen ilaç dışı bir yöntem olarak TD uygulaması kolay ve yan etkisi olmayan bir uygulamadır. Holistik bakımı desteklemede, araştırma ve eğitimi teşvik etmede ve sağlıkta gelecekteki dönüşümlere katkıda bulunmada önemli giderek artmaktadır.

2.7.3. Terapötik Dokunmanın Etkisini İnceleyen Araştırmalar

TD'nin, ebe ve hemşirelerin bağımsız rolleri doğrultusunda nanfarmakolojik ve bütünleşik bir tedavi yöntemi olarak sağlığın iyileştirilmesinde ve iyilik halinin devamında pek çok çalışmada kullanıldığı görülmektedir (30,37).

Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğlukla yaşlılar, kanser hastaları, postoperatif süreçteki hastalar, gebeler, menopozal dönemdeki kadınlar ve üniversite öğrencileri ile yürütüldüğü görülmektedir (25,26,28,30-35,41,42)

Ünal Aslan ve arkadaşlarının (2022), palyatif bakım için hastanede yatan hastalarda TD'nin manevi bakım ve uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmalarında; TD uygulamasının palyatif bakım alan hastalarda uyku kalitesini iyileştirmede etkili bir uygulama olabileceği bildirilmiştir (41). Alp Yılmaz ve arkadaşlarının (2020), TD'nin huzur evinde kalan bireylerde konfor ve anksiyete üzerinde etkisini inceledikleri çalışmalarında, TD'nin kaygı düzeyini azalttığı ve konforu artırdığı bildirilmiştir (31). Bağcı'nın (2020) huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerde TD'nın uyku kalitesine etkisini incelediği çalışmasında, TD'nın uyku kalitesinde anlamlı iyileşme sağladığı görülmüştür (30). Senderovich ve arkadaşlarının (2016), geriatrik palyatif bakım ünitesindeki hastalar ile yürüttükleri nitel çalışmalarında, TD'nın hastalar üzerinde bir rahatlama sağladığı ve uyku kalitelerini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir (32). Matourypour ve arkadaşlarının (2015) kemoterapi alan meme kanserli kadınlarda akut kemoterapi kaynaklı kusma yoğunluğu

üzerindeki TD'nın etkisini inceledikleri çalışmalarında TD'nin kemoterapi kaynaklı kusma yoğunluğunu azalttığını belirtmişlerdir (25). Tabatabaee, ve arkadaşlarının (2016), TD'nin kanser hastaları ile yürüttükleri çalışmalarında TD'nin, kişilerde gevşeme sağladığı, kaygı düzeylerinde ve ruh hallerinde olumlu etkilerinin olduğu, yorgunluk, bulantı, ağrı seviyelerinde azalma sağladığını belirtmişlerdir (33) Çalışkan ve Cerit'in (2021) KOAH'lı bireylerde TD'nin uyku kalitesi ve anksiyete üzerinde etkisine araştırdıkları çalışmalarında, KOAH 'lı bireylerde TD'nin anksiyete düzeyini azalttığı ve uyku kalitesinde olumlu etki sağladığı bildirilmiştir (42).

Pınar ve Demirel'in (2021) normal doğum yapan kadınlarda TD'nin doğum ağrısı, anksiyete ve doğum tutumuna etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında TD sonrası kadınların ağrı ve kaygı düzeylerinin azaldığı ve doğuma yönelik daha olumlu tutumlar sergiledikleri bildirilmiştir (35). Töre 'nin. (2022), menopozal dönem kadınlarda TD ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal sorunlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, TD ve müzik dinletisinin uyku ve yaşam kalitesini artırdığı, ancak TD'nin müzik dinletisine göre daha fazla olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir (34). Doğru ve arkadaşlarının (2021) ebelik ve hemşirelik öğrencilerinde terapötik dokunmanın uyku, stres ve yorgunluk üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, TD'nın öğrencilerin, yorgunluk ve gündüz uykululuğunu azalttığı ve uyku kalitesini iyileştirmede etkili olabileceği belirtilmiştir (26).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_1: Terapötik dokunma menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesini etkiler

H_2: Terapötik dokunma menopozal dönem kadınlarda yorgunluk düzeyini etkiler.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TEAH) Bornova Ek Bina Jinekoloji Onkoloji Polikliniği'nde yürütülmüştür. TEAH Bornova Ek Binası 400 yatak kapasitesi ile İzmir'in büyük hastanelerinden olup başta İzmir olmak üzere çevre illerin önemli bölümüne sağlık ve eğitim hizmeti vermektedir. TEAH hastanesi genel olarak sosyoekonomik düzeyi orta ve düşük hasta populasyonuna hizmet sunmaktadır. İzmir'de bu hastane dışında Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde ve çeşitli özel hastanelerde jinekoloji polikliniklerinde menopozal dönemdeki kadınların sorunlarına yönelik hizmet verilmektedir. Özellikli bir menopoz polikliniği olmamasına rağmen menopozal dönemdeki kadınlara Jinekoloji polikliniğinde tanı ve tedavi hizmeti verilmektedir. TEAH Bornova ek binasında bir onkoloji, bir kolposkopi, iki jinekoloji polikliniği olmak üzere hizmetler 4 muayene odasında, hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında yürütülmektedir. Muayene hizmetleri için 4 asistan hekim görev yapmaktadır. Gerekli görüldüğünde ise öğretim üyesi hocalara danışılarak kadınların tanı ve tedavileri yürütülmektedir. Poliklinikte eğitim ve danışmanlık hizmeti verebilecek yeterli sayıda hemşire bulunmadığından bu hizmetler verilememektedir.

Çalışmada kadınlara TD uygulamasının yapılabilmesi için hastane içinde aynı tasarıma sahip özel odalar kullanılmıştır (Resim 1). Hastalara odada tek tek uygulama yapılarak deney ve plasebo grubu kadınların uygulama sırasında birbirlerini görmeleri engellenmiştir.

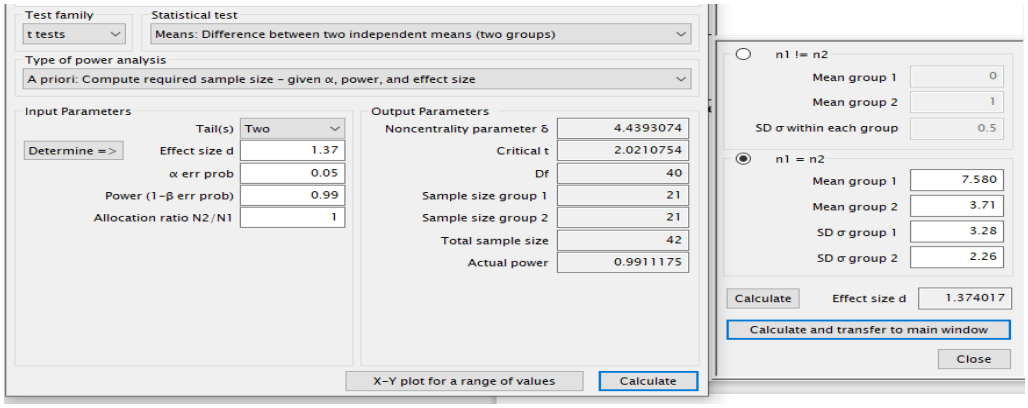


Şekil 3.1. TD uygulama odası

3.4. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Araştırma, 15 Aralık 2021-15 Mart 2022 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi TEAH Bornova ek binasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini adı geçen hastanenin Jinekoloji Onkoloji polikliniğine başvuran menopozal dönem kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem sayısı G*power 3.1.9.6 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem sayısının hesaplamasında kullanılacak etki büyüklüğü için Yeşil Hikmet'in (2021) çalışmasından elde edilen veriler kullanılmıştır (21). Yapılan hesaplamada etki büyüklüğü (d=1.37), %5 hata payı (α=0.05), %99 güç (1-β=0.99) alınarak iki gruplu t testi için örneklem sayısı deney grubu için 21 ve plasebo grubu için 21 olarak hesaplanmıştır. Yaşanabilecek kayıplar göz önüne alınarak her iki grupta örneklem sayısı %15 arttırılarak her grup için 24 menopozal dönem kadın alınmıştır. Her bir grup 24 olmak üzere araştırma 48 kadın ile yürütülmüştür.



Şekil 3.2. Araştırma Örneklem Büyüklüğünün Power Analizi

Tablo 3.1. Deney ve plasebo grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılması.

		Grup		**Toplam n (%)**	**Test İstatistiği; p değeri**
		Deney n (%)	**Plasebo n (%)**		
Eğitim durumu	Okur Yazar	1 (4,2)	7 (29,2)	8 (16,7)	p*=0,056
	İlköğretim	6 (25,0)	4 (16,7)	10 (20,8)	
	Ortaokul	2 (8,3)	1 (4,2)	3 (6,3)	
	Lise	6 (25,0)	9 (37,5)	15 (31,3)	
	Üniversite ve Üzeri	9 (37,5)	3 (12,5)	12 (25,0)	
	Toplam	24 (100)	24 (100)	48 (100)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	14 (58,3)	9 (37,5)	23 (47,9)	X^2=2,087 p=0,149
	Çalışmıyor	10 (41,7)	15 (62,5)	25 (52,1)	
	Toplam	24 (100)	24 (100)	48 (100)	
Gelir durumu	Gelir Giderden Az	7 (29,2)	8 (33,3)	15 (31,3)	p*=0,999
	Gelir Gidere Denk	16 (66,7)	16 (66,7)	32 (66,7)	
	Gelir Giderden Fazla	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (2,1)	
	Toplam	24 (100)	24 (100)	48 (100)	
Sigara kullanım durumu	Evet	10 (41,7)	5 (20,8)	15 (31,3)	X^2=2,424 p=0,119
	Hayır	14 (58,3)	19 (79,2)	33 (68,8)	
	Toplam	24 (100)	24 (100)	48 (100)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	16 (66,7)	11 (45,8)	27 (56,8)	X^2=2,116 p=0,244
	Hayır	8 (33,3)	13 (54,2)	21 (43,8)	
	Toplam	24 (100)	24 (100)	48 (100)	
Düzenli ilaç kullanım durumu	Evet	14 (58,3)	10 (41,7)	24 (50,0)	X^2=1,333 p=0,348
	Hayır	10 (41,7)	14 (58,3)	24 (50,0)	
	Toplam	24 (100)	24 (100)	48 (100)	
Menopoz eğitimi alma durumu	Evet	10 (41,7)	5 (20,8)	15 (31,3)	X^2=2,424 p=0,119
	Hayır	14 (58,3)	19 (79,2)	33 (68,8)	
	Toplam	24 (100)	24 (100)	48 (100)	

X^2: Ki kare test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi, p*: Exact test

Tablo 3.1' e göre, deney ve plasebo gruplarına alınan kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım durumu ve menopoz eğitimi alma durumu dağılımları açısından benzer olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 3.2. Deney ve plasebo grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ortalama/medyan değerlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	**Grup**	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$**[min-maks]**	**Test istatistiği; p değeri**
Yaş	**Deney**	48,7±4,4	48 [40-55]	U=221,5 p=0,169
	Plasebo	50,4±5,6	51 [40-58]	
Günlük sigara kullanma sayısı (adet)	**Deney**	14,1±7,2	14,5 [3-30]	t= -0,248 p=0,800
	Plasebo	15±5	15 [10-20]	
İlk adet yaşı	**Deney**	12,2±1,8	12 [9-17]	U=220,5 p=0,150
	Plasebo	12,6±1,3	13 [10-16]	
Doğum sayısı	**Deney**	2,3±0,9	2 [1-4]	U=140,5 p=0,220
	Plasebo	3,2±2,2	3 [1-9]	
Menopoza girme yaşı	**Deney**	45,7±4,2	46 [37-53]	U=261,0 p=0,576
	Plasebo	45,8±5,6	47 [30-55]	
Menopoz_süresi (yıl)	**Deney**	3±3,3	2 [1-15]	U=204,0 p=0,075
	Plasebo	4,6±4,7	3 [1-23]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi t:bağımsız örneklem t test

Tablo 3.2' ye göre, deney ve plasebo gruplarına alınan kadınların yaş, günlük sigara kullanma sayısı, ilk adet yaşı ve doğum sayısı dağılımları açısından benzer olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

3.4.1. Araştırmadan Dâhil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- İl merkezinde ikamet eden,
- En az okuryazar olan,
- Doğal premenopozda (son üç ayda düzenli olmayan menstrual siklus), perimenopoz (3-11 aydır amenore ya da artan düzensiz menstruasyon) ya da postmenopozda (12 aydan fazla amenore) olan,
- İletişim ve iş birliğine açık olan,
- Türkçe konuşabilen kadınlar araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Hormon replasman tedavisi alan,
- Uyku sorunu ve depresyon için ilaç kullanan
- Tıbbi psikiyatrik hastalık tanısı konulan,
- Dokunma ile ilgili hassasiyet ya da sorunu olan kadınlar çalışmadan dışlanmıştır.

3.4.3. Araştırmadan Sonlandırma Kriterleri

- Araştırmadan kendi rızası ile ayrılmak isteyen,
- Uygulama sırasında herhangi bir nedenle tıbbi işlem vb nedenlerle ayrılmak zorunda kalan kadınların çalışmasının sonlandırılması düşünülmüş ancak bu nedenlerle çalışmadan hiçbir kadın çıkarılmamıştır.

3.4.4. Grupların Randomizasyonu

Çalışmada, seçim yanlılığını kontrol altına almak için randomize atama ve randomizasyon gizlemesi yapılmıştır. Bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından blok randomizasyon yöntemi ile gruplara kadınların ataması yapılmıştır. Bunun için 48 kadının randomizasyonunda öncelikle “A” ve “B” harflerinden oluşan 8’li kombinasyonlar oluşturulmuştur. Rastgele permüte blokları (eşit oranda ikili blok) seçmede bilgisayarda oluşturulmuş rastgele sayılar kullanılmıştır. Oluşturulan 8’li kombinasyon, rastgele 6 kez atama yapılarak (www.randomizer.org) blok randomizasyon işlemi tamamlanmıştır. A ve B, harfleri kura ile Deney ve Plasebo grup

olarak isimlendirilmiştir. Deney grubuna 24, plasebo grubuna 24 olmak üzere 48 kadının araştırmaya alınması sağlanmıştır. Grupların benzerliği menopozu etkileyen faktörlerden olan yaş ve sigara içme durumu değişkenleri baz alınarak yapılmıştır. Deney ve plasebo grubundaki kadınların sosyo-demografik ve tanımlayıcı özellikleri bakımından benzer olduğu olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 3.1.; Tablo 3.2).

Araştırmaya dâhil olan kadınlardan bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra Kişisel Bilgi Formu ve ölçeklerin ön testleri doldurulmuştur. Bu işlemler yardımcı araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.4.4.1. Blok Randomizasyon

1. ABABABAB
2. BABABABA
3. AAABBBAA
4. ABAABABA
5. BBAABBAA
6. ABABAABA

8'Lİ RASTGELE 6 KEZ BLOK RANDOMİZASYON

ABABAABA (6), ABABABAB (1), BBAABBAA (5), BABABABA (2), BBAABBAA(5), BBAABBBA (5)

3.4.5. Körleme ve Yanlılığın Azaltılması

Araştırmada katılımcılar, istatistik ve raporlama işlemlerinde körleme yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara hangi gruba dâhil edildikleri bilgisi verilmemiştir. Bu nedenle grubu kadınların bilmemesi nedeniyle çalışma tek kör desende gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veriler sorumlu araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından toplanmıştır. Ön testlerin tamamlanması yardımcı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ön testler uygulandıktan sonra uygulamayı yapan sorumlu araştırmacı uygulamaya başlamadan önce randomizasyonu yapan istatistikçi ile iletişime geçerek randomizasyon listesine ulaşmıştır. Grup bilgisini öğrendikten sonra uygulamayı yapmış ve son testleri uygulamıştır. Ön test ve son test verilerinin bilgisayara aktarılması ise deney ve plasebo gruplarını bilmeyen bağımsız bir uzman

ebe tarafından gerçekleştirilmiştir. Verilerin bilgisayara girişinde deney veya plasebo grubu isimleri belirtilmeden "A" ve "B" kodları ile girişler yapılmıştır. Araştırmanın istatistiksel analizleri ve raporunun yazılması randomizasyonu yapan istatistik uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analiz yapıldıktan ve araştırma raporu yazıldıktan sonra deney ve plasebo grupları için yapılan kodlamalar açıklanmıştır. Bu şekilde istatistiksel yanlılık kontrol edilmiştir.

3.5. Veri Toplanma Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Piper Yorgunluk Şiddeti Ölçeği ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK3)

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (21,30,102). Menopozal dönem kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyo-demografik, kronik hastalık, obstetrik özellikleri, menarş yaşı, menopoz süresi gibi özellikleri içeren 16 adet sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) (EK 4)

Bütünleştirilmiş Yorgunluk Modelini (Integrated Fatigue Model) değerlendirmek amacı ile 1987 yılında Barbara F. Piper ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (103). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Can ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır (104). İlk oluşturulduğunda 42 maddeden oluşan bu ölçek zaman içinde düzenlemelere tabi olmuştur. Gerçekleştirilen revizyonlar ile her biri 0-10 puanlık VAS (Visual Anolog Scale) üzerinden değerlendirilen toplam 22 maddeden oluşan ve dört alt boyuta sahip son haline ulaşmıştır. Ölçek bireylerin yorgunluğa ilişkin subjektif algılalarını değerlendirmektedir. Dört alt boyut şu şekildedir; "Davranış/şiddet" alt boyutu, bireylerde hissedilen yorgunluğun günlük yaşam aktivitesine etkisini ve şiddetini değerlendirmekte ve altı maddeden oluşmaktadır (maddeler; 2-7). "Duygulanım" alt boyutu bireyin yorgunluğa atfettiği duygusal anlamı içerir ve beş maddeden oluşmaktadır (maddeler; 8-12). "Duyusal"alt boyut bireydeki yorgunluğun emosyonel, ruhsal ve fiziksel semptomlarını yansıtmaktadır ve beş maddeden oluşmaktadır (maddeler; 13-17). "Bilişsel /ruhsal" alt boyut ise bireyin

tariflediği yorgunluğun bilişsel fonksiyonlarını ve ruhsal durumu etkileme düzeyini yansıtır ve altı maddeden (maddeler; 18-23) oluşmaktadır. Ölçekte ek olarak, beş madde daha (1 ve 24-27) vardır ancak bu maddeler yorgunluk puanının hesaplanmasında kullanılmamaktadır. Yorgunluğa ilişkin verilerin değerlendirilmesinde önemli olduklarından dolayı ölçekte kalması önerilmektedir. Alt boyut puanlarının hesaplanması, o alt boyutta bulunan tüm maddelerin puanlarının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Toplam yorgunluk puanı ise tüm maddelerin toplanıp, toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında toplam Cronbach's alfa değeri 0,94 olarak belirlenmiştir (104).

3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK 5)

Buyssee ve ark. tarafından (1989) psikiyatri alanında klinik araştırma uygulamalarındaki uyku kalitesi ve uyku bozukluklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (105). Ülkemizde ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Ağargün ve ark. tarafından (1996) yapılmıştır (106). PUKİ'deki maddeler, literatürde uyku kalitesini değerlendirmek için kullanılan farklı ölçeklerden, uyku ile ilgili sorunları olan hastaların gözlemlerinden ve PUKİ ile ilgili 18 ay süren klinik gözlemlerden yararlanarak oluşturulmuştur. İçeriği oluşturan 24 sorunun 19'u özbildirim sorusu iken kalan 5 soru partner ya da oda arkadaşı tarafından cevaplanması gereken sorulardır. Ölçeğin puanı hesaplanırken bireyin partneri veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan sorular hesaplamaya dâhil edilmemektedir. Özbildirim soruları uyku kalitesiyle ilgili çeşitli boyutları kapsmaktadır. Bunlar; uyku süresi, uykuya dalmada gecikme ve uyku ile ilgili deneyimlenen öznel deneyimlerle ilişkilidir. Puanlamaya dâhil edilen 18 madde, 7 alt boyut olarak gruplandırılmıştır. Bazı alt boyutlar tek bir madde ile belirtilirken, bazıları ise birkaç maddenin bir araya getirilmesiyle elde edilmektedir. Her bir madde 0-3 puan aralığında değerlendirilir. Yedi bileşen puanının toplamı PUKİ'nin sonucunu meydana getirmektedir. En düşük puan "0", en yüksek puan 21'dir. Alınan puanların toplamı uyku kalitesi iyi (0-4), uyku kalitesi kötü (5-21) olarak yorumlanmaktadır (106). PUKİ alt boyutları öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu şeklindedir. PUKİ'nin cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,804 olarak saptanmıştır (105).

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Çalışmanın anket formlarının işlerliği ve uygulama sürecini tespit etmek amacı ile araştırma kriterlerine uyan 10 kadına 5 Aralık 2021-12 Aralık 2021 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada ölçeklerin anlaşılırlığı açısından bir sorun olmadığı ve TD uygulamasının yapılıp, ölçek sorularının yanıtlanması toplam 20 dakika sürdüğü gözlenmiştir. TD 10 dakika boyunca uygulanmıştır. Veri toplama formları ve uygulama için herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön görüşme yapılmış olan kadınların verileri araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulama aşaması, 15 Aralık 2021-15 Mart 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanması için yardımcı araştırmacıdan destek alınmış olup araştırma verileri sorumlu ve yardımcı araştırmacı olmak üzere iki kişi tarafından toplanmıştır. Yardımcı araştırmacı, grupları bilmeyerek katılımcı onamını almış ve ön testleri doldurmuştur. Sorumlu araştırmacı tarafından randomizasyon şemasına göre TD uygulaması ve sahte TD uygulaması yapılmıştır. Son testlerin doldurulması da sorumlu araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Tüm formlar kadınlarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Ön testlerin doldurulması yaklaşı 20 dk'da tamamlanmış, son testler ise ortalama 15 dk'da doldurulmuştur.

3.8. Araştırmanın Uygulaması

Sorumlu araştırmacı, TD uygulamasını yapabilmek için, Uluslararası Terapötik Dokunma Birliği'nin düzenlediği "Terapötik Dokunuşun Temelleri 1. Seviye" ve "Terapötik Dokunuşun Benötesi Doğası" kurslarına katılarak sertifika almıştır (EK-10; EK-11).

TD uygulaması literatür bilgileri (23,30,34) ve bir uzman görüşü alınarak oluşturulan Terapötik Dokunma Uygulama Protokolü (EK 6) ve Mimik Dokunma Uygulama Protokolü (EK 7) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

3.8.1. Deney Grubuna Yapılan Uygulamalar

Literatür incelemesi sonucunda TD uygulamasını yapabilmek için gün içerisinde 18:00-20:00 saatlerinin en uygun zaman dilimi olarak kabul edilmesi nedeniyle deney grubuna birbirini izleyen 5 gün içerisinde 10 dakika süreyle TD uygulanmıştır (26,29,30). TD uygulaması sonrası kadınlarda herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

3.8.2. Terapötik Dokunma Uygulaması

Uygulama işlemleri Terapötik Dokunma Uygulama Protokolü (EK7) doğrultusunda, merkezleme (a); değerlendirme (b); yeniden dengeleme (c,d,e); yeniden değerlendirme (f), yeniden muayene (g), topraklama ve bitirme (h) aşamalarında gerçekleştirilmiştir.



a



b





c **d**





e **f**



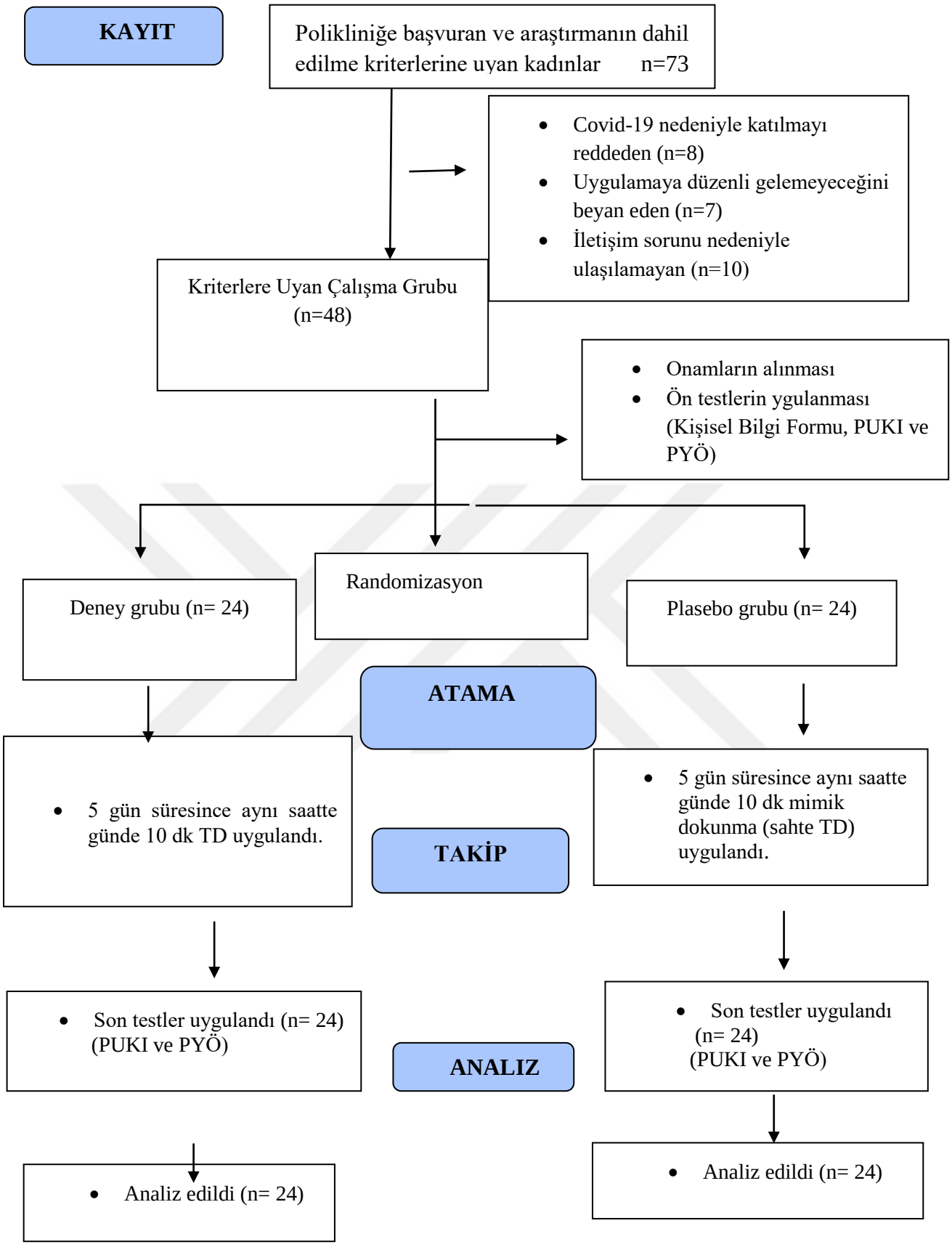


g **h**

Şekil 3.3. Terapötik Dokunma Uygulama Örneği

3.8.3. Mimik Dokunma Uygulama Prosedürü

Plasebo grubuna TD yerine sahte terapötik dokunma olarak mimik dokunma uygulanmıştır. Uygulama Mimik Dokunma Uygulama Protokolü (EK 7) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.



Şekil 3.4. Menopozal Dönem Kadınlarda Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesi ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi çalışmasının deney ve plasebo grubu CONSORT (2017) akış şeması (107).

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımlı Değişkenler

- PYÖ
- PUKİ

3.9.2. Bağımsız Değişkenler

- Kadınların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara içme drurumu, doğum, menopoz yaşı, menopoz süresi, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanma öyküsü.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizleri IBM SPSS V25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İstatistik analizler öncesinde sürekli değişkenlerin kategorilere göre normal dağılıma uygunlukları kontrol edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk değerlendirmesinde Shapiro Wilk/Kolmogorow Smirnow testlerinden uygun olan ile kontroller gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı özellikler kategorik değişkenler için sayı (n), yüzde (%) değerleriyle, sürekli değişkenler için ise ortalama ±standart sapma, medyan [minimum-maksimum] merkezi eğilim ölçülerinden uygun olanlar kullanılarak sunulmuştur. Bağımsız iki grup ortalama/medyan karşılaştırmasında bağımsız örneklem t test/Mann Whitney U testi ve iki bağımlı grup karşılaştırmasında bağımlı örneklem t testi/Wilcoxon testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerinin değerlendirilmesinde X^2/Exact testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümlerin değerlendirilmesinde normallik varsayımı sağlandığında tekrarlı ölçümler ANOVA testi, sağlanmadığı durumlarda ise tekrarlı ölçümler için nonparametrik test F1-LD-F1 dizayn uygulanmıştır. Tekrarlı ölçümlerde grup*zaman etkileşiminin anlamlı çıktığı durumda grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız şekilde değerlendirilmiştir. İstatistik anlamlılıklar $p<0,05$ önem düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 9 Temmuz 2021 tarihli, 113 sayılı toplantısında alınan 46 numaralı kararla araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur (EK-1). Çalışmanın veri toplama aşaması, Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi TEAH'dan izin (EK-2) ve katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır (EK-8).

Araştırmada kadınlardan bilgilendirilmiş onam ve kullanılacak ölçekler için yazılı izin alınmıştır.

Plasebo grubuna girişim yapılmayışının yoksunluğunu önlemek için araştırma bittikten sonra plasebo grubundaki tüm kadınlara da girişim uygulanmıştır.

Bu çalışma araştırmaya katılan ve menopozal dönem kadınlara ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneye ek bir maliyet getirmemiştir. Araştırmanın Clinical Trials protokol kaydı "ClinicalTrials.gov.ID: NCT05075694" yapılmıştır (EK-9). Çalışma raporunun yazılmasında CONSORT-2017 kriterleri göz önünde bulundurulmuştur (107).

3.12. Araştırma Destekleri ve Finansman

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi birimi tarafından TYL-2021-14179 proje kodu ile desteklenmiştir.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmanın bir kamu hastanesinde belirli bir sayıda menopozal dönem kadını kapsaması sınırlılık yaratmış olabilir. Araştırma sonuçları yalnızca araştırmanın gerçekleştirildiği gruba genellenebilir. Dünya genelindeki COVID-19 salgınının, kadınlarda korku ve endişe yaratması, çalışmaya katılımda isteksizlik yaratmış, bu durum uygulamanın yürütülmesinde istenen kadın sayısına ulaşılmada gecikmelere neden olmuştur.

3.14. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Bu çalışma ulusal ve uluslararası alanda TD'nin menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesini inceleyen sınırlı sayıda çalışmadan biridir. Türkiye'de menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesinin incelendiği yalnız bir çalışmaya ulaşılmış olup menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesiyle birlikte yorgunluğun değerlendirildiği tek çalışma olması nedeniyle literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Deney ve plasebo gruplarının, uygulamaları esnasında kadınların birbirlerini görmeleri engellenmiştir. Hastanede uygulamaların hep aynı oda yapılmış olması ve hastaların birbirilerini görmelerinin engellenmiş olması çalışmada bias riskinin azaltılmış olması bakımından güçlü yanını oluşturmaktadır. Çalışma boyunca uygulamanın yapıldığı deney grubunu oluşturan kadınlarda herhangi bir olumsuz etki görülmemiştir. Ayrıca, çalışma ebe ve hemşirelerin bağımsız rolleri doğrultusunda uygulanabilenen bütünleştirici uygulamalara iyi bir örnektir. Geleneksel ve tamamlayıcı bir tedavi olarak sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkı sağlayabilir.

Araştırma Planı ve Takvimi

Yapılan İş	**Aylar**																							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**
Tez Konusu ve İçeriğinin Hazırlanması	X	X	X	X																				
Etik Kurul Onayının Alınması					X																			
Hastane İzninin Alınması							X																	
Tez Önerisinin Hazırlanıp Enstitüye Teslim Edilmesi						X																		
Literatür tarama		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Verilerin toplanması											X	X	X	X										
İstatistiksel Analiz															X	X								
Tez raporunun yazılması																	X	X	X	X	X	X		
Tez Savunması																							X	

Şekil 3.5. Araştırma Takvimi ve Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde, elde edilen verilerin istatiksel analiz sonuçları yer almıştır. Bulgular iki temel kısımda sunulmuştur:

- Birinci kısımda deney ve plasebo grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ortalama/medyan değerlerinin dağılımına ilişkin bulgular,
- İkinci kısımda, kadınların uygulama öncesi ve sonrası PYÖ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,
- Üçüncü kısımda kadınların uygulama öncesi ve sonrası PUKİ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ortalama/Medyan Değerlerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ortalama/medyan değerlerinin dağılımı Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan deney grubundaki kadınların yaş medyanı 48 [40-55] iken plasebo grubundaki kadınların yaş medyanı 51 [40-58]'dir. Grupların yaş medyanları benzer saptanmıştır (p=0,169). Menopoza girme yaşları değerlendirildiğinde deney grubundaki kadınların menopoza girme medyan yaşı 46 [37-53] ve plasebo grubundaki kadınların ise 47 [30-55]'dir. Grupların menopoza girme yaş medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (p=0,576). Deney grubundaki kadınların medyan menopoz süresi 2 [1-15] ve plasebo grubundaki kadınların ise 3 [1-23] olarak saptanmıştır. Grupların menopoz süresi medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,075) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Deney ve Plasebo grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ortalama/medyan değerlerinin dağılımı

Değişkenler	**Grup**	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$**[min-maks]**	**Test istatistiği; p değeri**
Yaş	**Deney**	48,7±4,4	48 [40-55]	U=221,5 p=0,169
	Plasebo	50,4±5,6	51 [40-58]	
Menopoza girme yaşı	**Deney**	45,7±4,2	46 [37-53]	U=261,0 p=0,576
	Plasebo	45,8±5,6	47 [30-55]	
Menopoz_süresi (yıl)	**Deney**	3±3,3	2 [1-15]	U=204,0 p=0,075
	Plasebo	4,6±4,7	3 [1-23]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

4.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası PYÖ ve PUKİ'ye Ait Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Kadınların PYÖ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.2.'te sunulmuştur.

PYÖ uygulama öncesi ve sonrası toplam puan ortalamaları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Gruplar arası PYÖ ilk ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p=0,007), PYÖ son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,917). Deney grubundaki ilk PYÖ toplam puan ortalaması plasebo grubunun ortalamasından anlamı şekilde yüksektir. Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda (p<0,001) ve plasebo grubunda (p<0,001) PYÖ ilk ve son puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da PYÖ son ölçüm ortalaması ilk ölçüm ortalamasından düşüktür (Şekil 4.1.) (Tablo 4.2).

Davranış/şiddet alt boyutu ilk ve son ölçüm puan ortalamaları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Gruplar arası davranış/şiddet alt boyutu ilk ölçüm ortalamaları (p=0,004) ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,013). Deney grubundaki kadınların ilk ve son davranış/şiddet alt boyutu puan ortalaması plasebo grubundaki

kadınların puan ortalamasından yüksek saptanmıştır. Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda ($p<0,001$) ve plasebo grubunda ($p=0,049$) davranış/şiddet alt boyutu ilk ve son puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da davranış/şiddet alt boyutu son ölçüm ortalaması ilk ölçüm ortalamasından düşüktür (Şekil 4. 2.) (Tablo 4.2).

Duygulanım alt boyutu ilk ve son ölçüm puan ortalamaları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Gruplar arası duygulanım alt boyutu ilk ölçüm ortalamaları ($p=0,006$) istatistiksel olarak anlamlı farklı saptanırken ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,197$). Deney grubundaki kadınların duygulanım ilk ölçüm puan ortalaması plasebo grubundaki kadınların ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir. Grup içi karşılaştırmalarda deney grubundaki kadınların ilk ve son duygulanım puanları ($p<0,001$) ve plasebo grubundaki kadınların ilk ve son duygulanım puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da ilk ölçüm ortalamaları son ölçüm ortalamalarından yüksektir (Şekil 4.3.) (Tablo 4.2).

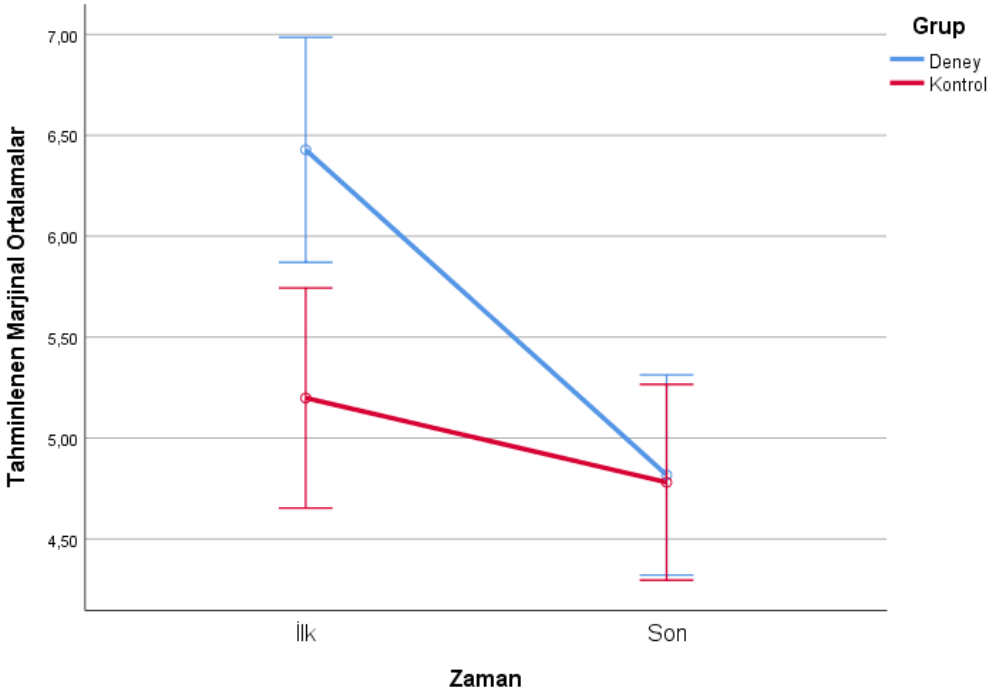
Duyusal alt boyutu ilk ve son ölçüm puan ortalamaları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Gruplar arası duyusal alt boyutu ilk ölçüm ortalamaları ($p=0,184$) ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,935$). Grup içi karşılaştırmalarda deney grubundaki kadınların ilk ve son duyusal alt boyut puanları ($p<0,001$) ve plasebo grubundaki kadınların ilk ve son duyusal alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da ilk ölçüm ortalamaların son ölçüm ortalamalarından yüksektir (Şekil 4.4) (Tablo 4.2).

Bilişsel/ruhsal alt boyutu ilk ve son ölçüm toplam puan ortalamaları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Gruplar arası bilişsel/ruhsal alt boyutu ilk ölçüm ortalamaları ($p=0,918$) ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,274$). Grup içi karşılaştırmalarda deney grubundaki kadınların ilk ve son bilişsel/ruhsal alt boyut puanları ($p<0,001$) ve plasebo grubundaki kadınların ilk ve son bilişsel/ruhsal alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da ilk ölçüm ortalamaların son ölçüm ortalamalarından yüksektir (Şekil 4.5.) (Tablo 4.2).

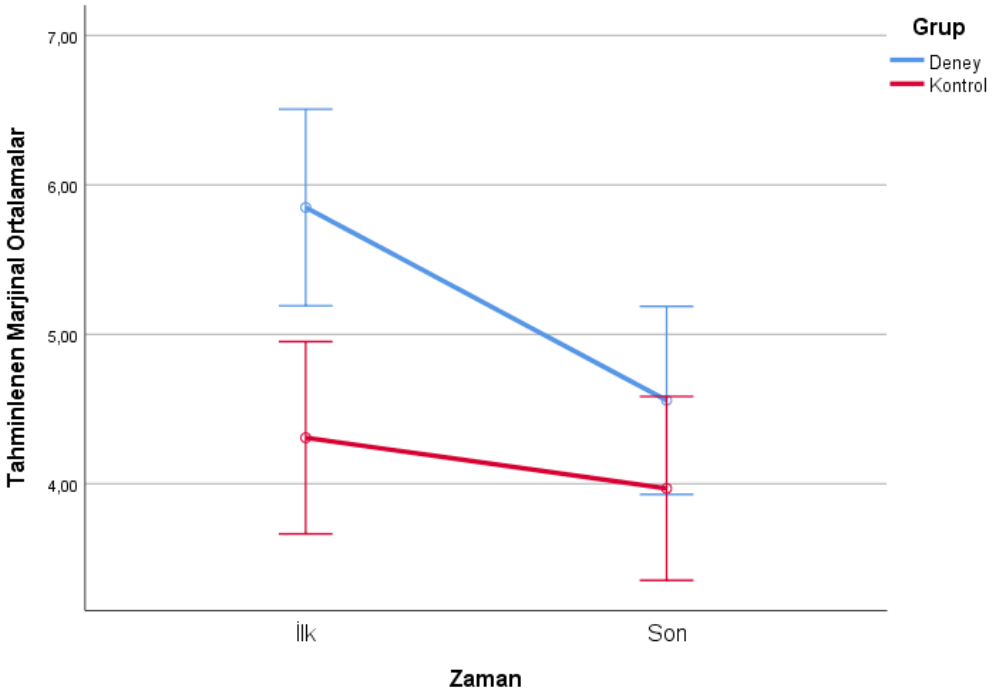
Tablo 4.2. PYÖ'ne ait toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması

	Deney			**Plasebo**			**Test istatistiği; p değeri**	**Test istatistiği; p değeri**	**Etki büyüklüğü**
	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$**[min-maks]**	**Test istatistiği; p değeri**	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$**[min-maks]**	**Test istatistiği; p değeri**			
PYÖ toplam puan İlk	6,46±1,4	6,25 [4,22-8,54]	t=7,459 p<0,001	5,34±1,35	5,24 [3,43-8,65]	t=4,259 p<0,001	t^s=2,8 p=0,007	Grup: F=3,330 p=0,075 Zaman: F=75,316 p<0,001 GrupxZaman: F=26,061 p<0,001	Grup: 0,072 Zaman: 0,637 Grup*Zaman: 0,377
PYÖ toplam puan Son	4,82±1,02	4,88 [2,67-7,26]		4,78±1,27	4,4 [2,43-7,25]		t^s=0,105 p=0,917		
Davranış/şiddet Alt boyut İlk	5,93±1,49	5,63 [3,67-8,4]	t=5,644 p<0,001	4,5±1,79	4,2 [1,4-8,83]	t=2,078 p=0,049	t^s=3,018 p=0,004	Grup: F=6,313 p=0,016 Zaman: F=34,128 p<0,001 GrupxZaman: F=11,635 p<0,001	Grup: 0,128 Zaman: 0,442 Grup*Zaman: 0,213
Davranış/şiddet Alt boyut Son	4,56±1,05	4,8 [2,83-7]		3,97±1,77	3,67 [0,8-6,83]		t^s=2,586 p=0,013		
Duygulanım Alt boyut İlk	6,62±1,31	6,3 [4,4-9]	t=7,019 p<0,001	5,58±1,47	5,5 [2-8,8]	t=2,221 p=0,037	t^s=2,861 p=0,006	Grup: F=2,350 p=0,133 Zaman: F=50,589 p<0,001 GrupxZaman: F=21,163 p<0,001	Grup: 0,052 Zaman: 0,541 Grup*Zaman: 0,330
Duygulanım Alt boyut Son	5,08±1,13	5 [2,8-7,8]		5,11±1,39	5,2 [1,6-7,4]		t^s=1,31 p=0,197		
Duyusal Alt boyut İlk	6,73±1,62	6,3 [3,8-9,2]	t=6,845 p<0,001	5,42±1,55	5,2 [2,6-8,8]	t=3,829 p=0,001	t^s=1,351 p=0,184	Grup: F=3,001 p=0,090 Zaman: F=62,824 p<0,001 GrupxZaman: F=22,983 p<0,001	Grup: 0,065 Zaman: 0,594 Grup*Zaman: 0,348
Duyusal Alt boyut Son	4,86±1,37	4,6 [2,2-7,4]		4,82±1,6	4,2 [1,6-7,8]		t^s=-0,082 p=0,935		
Bilişsel/ruhsal Alt boyut İlk	6,55±1,94	6,92 [1,67-9,33]	t=7,808 p<0,001	5,88±1,56	5,58 [3-8,5]	t=5,182 p<0,001	t^s=0,104 p=0,918	Grup: F=0,140 p=0,710 Zaman: F=88,298 p<0,001 GrupxZaman: F=24,836 p<0,001	Grup: 0,003 Zaman: 0,672 Grup*Zaman: 0,366
Bilişsel/ruhsal Alt boyut Son	4,77±1,4	5 [1,33-6,83]		5,22±1,38	5,33 [2,5-7,5]		t^s=-1,108 p=0,274		

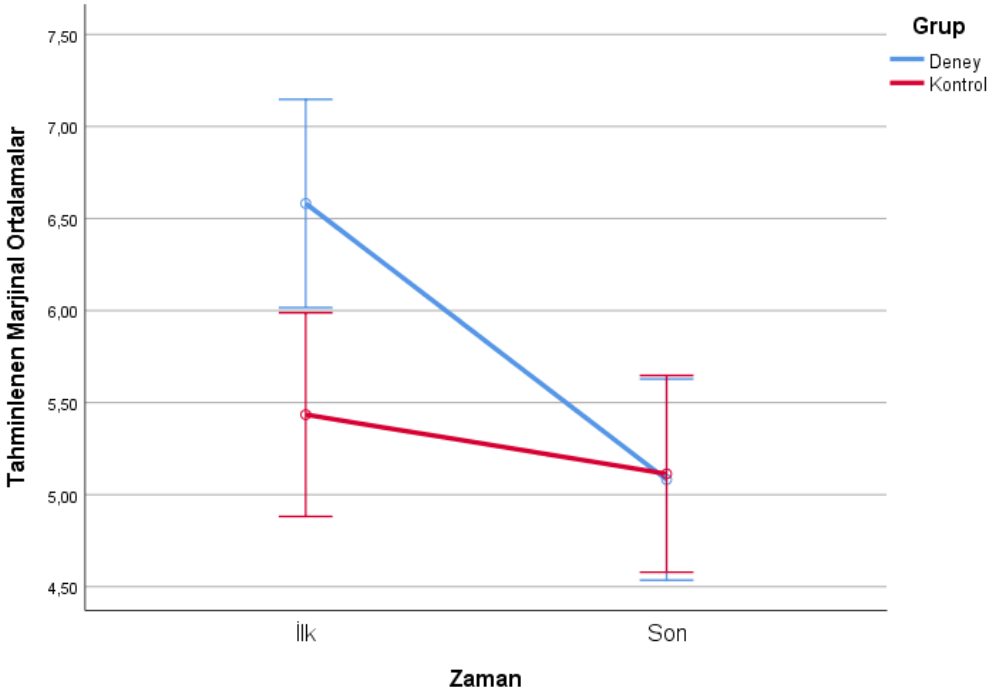
F: Tekrarlı ölçümler ANOVA test istatistiği; t^s: Bağımsız örneklem t test istatistiği; t: bağımlı örneklem t testi; p<0,05 Anlamlılık düzeyi



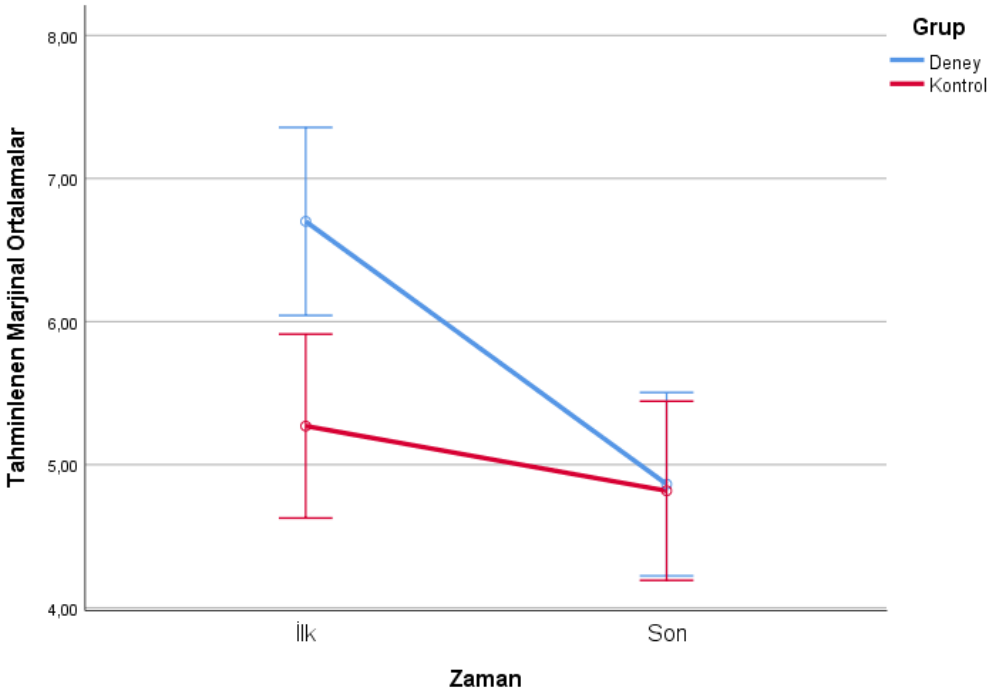
Şekil 4.1. PYÖ'ne ait karşılaştırmalar



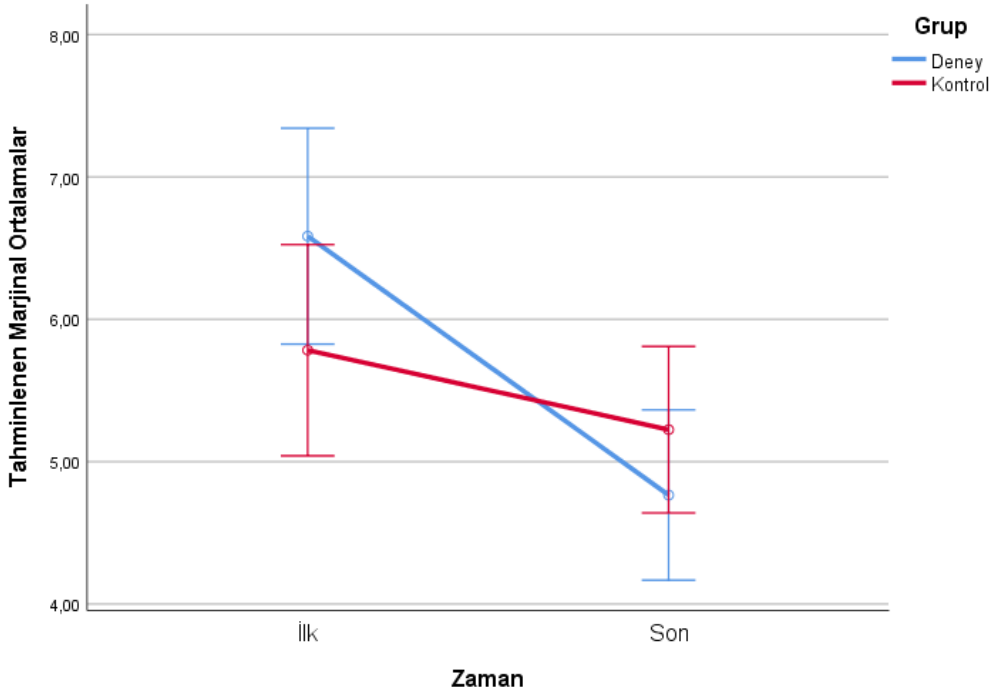
Şekil 4.2. Davranış/şiddet alt boyutuna ait karşılaştırmalar



Şekil 4.3. Duygulanım alt boyutuna ait karşılaştırmalar



Şekil 4.4. Duyusal alt boyutuna ait karşılaştırmalar



Şekil 4.5. Bilişsel ruhsal alt boyutuna ait karşılaştırmalar

Kadınların PUKİ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur. PUKİ ölçeği ilk ve son toplam medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız değerlendirilmiştir. Gruplar arası PUKİ ilk ölçüm medyanları ($p=0,093$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,010$). Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda ($p<0,001$) ve plasebo grubunda ($p=0,001$) PUKİ ilk ve son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da PUKİ son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür (Şekil 4.6.) (Tablo 4.3).

Öznel uyku kalitesi alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p=0,037$). Bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız değerlendirilmiştir. Gruplar arası öznel uyku kalitesi alt boyutu ilk medyanları ($p=0,734$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ve son ölçüm medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,022$). Deney grubundaki kadınların

son ölçüm medyanları plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda ($p<0,001$) ve plasebo grubunda ($p=0,008$) öznel uyku kalitesi alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da öznel uyku kalitesi alt boyutu son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür (Şekil4.7.) (Tablo 4.3).

Uyku latansı alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunamamıştır ($p=0,051$). Gruplar arası uyku latansı medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamazken ($p=0,406$), grup içi karşılaştırmalarda ($p<0,001$) anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanı düşüktür (Şekil 4.8) (Tablo 4.3).

Uyku süresi alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız değerlendirilmiştir. Gruplar arası uyku süresi alt boyutu ilk medyanlaıı ($p=0,212$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, son ölçüm medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,030$). Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda ($p<0,001$) ve plasebo grubunda ($p=0,002$) uyku süresi alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da uyku süresi alt boyutu son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür (Şekil 4.9.) (Tablo 4.3).

Alışılmış uyku etkinliği alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p=0,045$). Bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız değerlendirilmiştir. Gruplar arası alışılmış uyku etkinliği alt boyutu ilk ölçüm medyanları ($p=0,507$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, son ölçüm medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,014$). Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda ($p=0,001$) ve plasebo grubunda ($p=0,017$) alışılmış uyku etkinliği alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da alışılmış uyku etkinliği alt boyutu son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür (Şekil 4.10.) (Tablo 4.3).

Uyku bozukluğu alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız değerlendirilmiştir. Gruplar arası alışılmış uyku bozukluğu alt boyutu ilk medyanı ($p=0,370$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, son ölçüm medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,031$). Deney grubundaki kadınların son ölçü medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür.

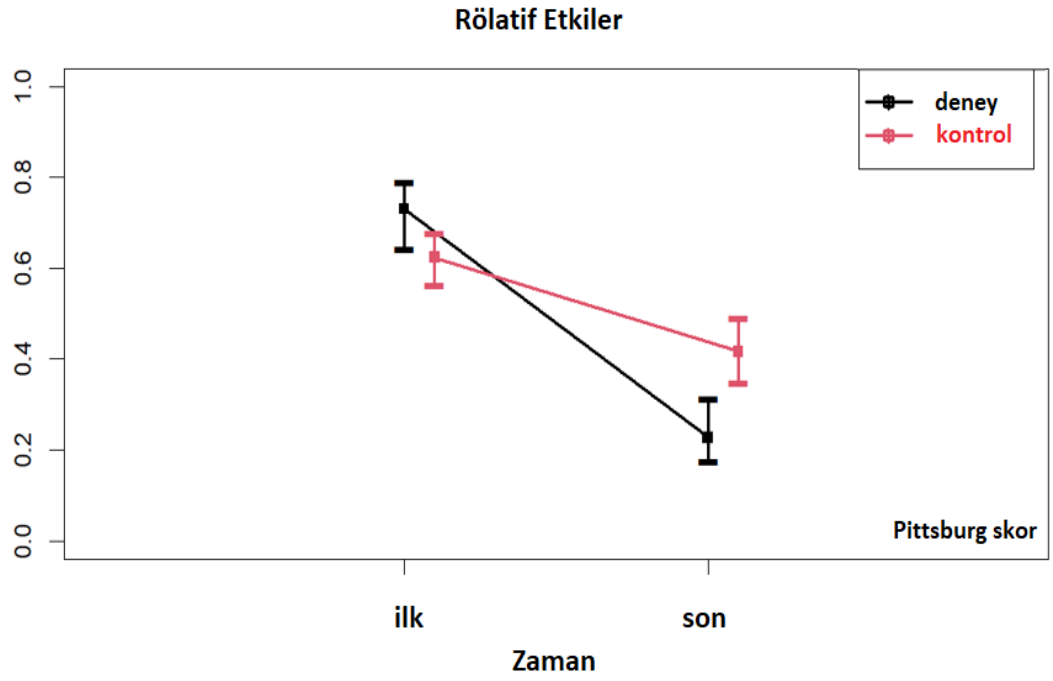
Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda ($p<0,001$) ölçüm zamanları arasında anlamlı fark saptanırken, plasebo grubunda ($p=0,257$) ilk ve son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanamamıştır. Deney grubunda son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür (Şekil 4.11.) (Tablo 4.3).

Gündüz fonksiyon bozukluğu alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$). Bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız değerlendirilmiştir. Gruplar arası gündüz fonksiyon bozukluğu alt boyutu ilk medyanı ($p=0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ve son ölçüm medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,422$). Deney grubundaki kadınların ilk ölçüm medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından yüksektir. Grup içi karşılaştırmalarda; deney grubunda ($p<0,001$) ve plasebo grubunda ($p=0,003$) ilk ve son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Deney ve plasebo gruunda son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür (Şekil 4.12.) (Tablo 4.3).

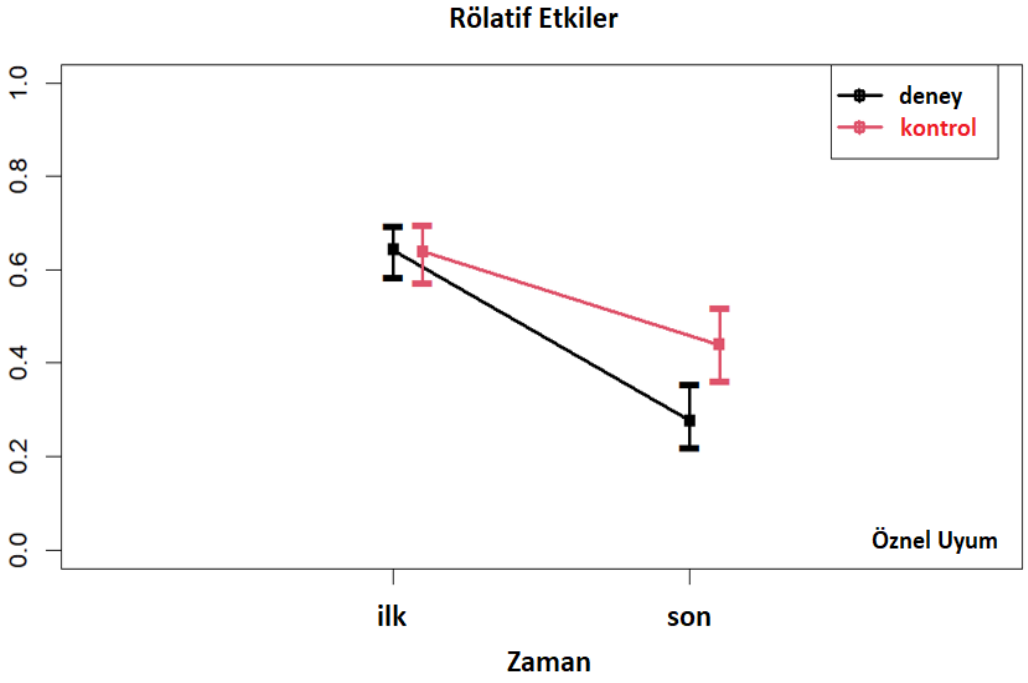
Tablo 4.3. PUKİ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	Deney			**Plasebo**			**Test istatistiği; p değeri**	**Test istatistiği; p değeri**	**Etki Büyüklüğü**
	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$**[min-maks]**	**Test istatistiği; p değeri**	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$**[min-maks]**	**Test istatistiği; p değeri**			
PUKİ toplam puan ilk	13,63±1,71	14 [11-16]	W=-3,976b p<0,001	12,71±1,9	13 [10-17]	W=-3,363 p=0,001	U=207,5 p=0,093	Grup WTS=0,689 p=0,407 Zaman: WTS=75,46 p<0,001 Grup*Zaman: WTS=13,13 p<0,001	Grup: 0,032 Zaman: 0,673 Grup*Zaman: 0,244
PUKİ toplam puan son	7,91±2,54	7,5 [4-13]		10,22±3,15	11 [3-15]		t=-2,699 p=0,010		
PUKİ alt boyutlar Öznel uyku kalitesi ilk	2,25±0,44	2 [2-3]	W=-3,945 p<0,001	2,21±0,41	2 [2-3]	W=-2,653 p=0,008	U=276 p=0,734	Grup WTS=3,475 p=0,062 Zaman: WTS=50,13 p<0,001 Grup*Zaman: WTS=4,311 p=0,037	Grup: 0,069 Zaman: 0,525 Grup*Zaman: 0,083
Öznel uyku kalitesi son	1,36±0,49	1 [1-2]		1,74±0,54	2 [1-3]		U=165 p=0,022		
Uyku latansı ilk	2,21±0,78	2 [1-3]	W=-3,638 p<0,001	2,13±0,85	2 [0-3]	W=-1,658 p=0,097	U=276 p=0,791	Grup WTS=0,670 p=0,406 Zaman: WTS=19,903 p<0,001 Grup*Zaman: WTS=3,802 p=0,051	Grup: 0,008 Zaman: 0,336 Grup*Zaman: 0,069
Uyku latansı son	1,5±0,67	1,5 [0-3]		1,83±0,98	2 [0-3]		U=191,5 p=0,136		
Uyku suresi ilk	2,58±0,5	3 [2-3]	W=-3,938 p<0,001	2,38±0,58	2 [1-3]	W=-3,153 p=0,002	U=235 p=0,212	Grup WTS=0,158 p=0,691 Zaman: WTS=79,394 p<0,001 Grup*Zaman: WTS=12,78 p<0,001	Grup: 0,007 Zaman: 0,661 Grup*Zaman: 0,238
Uyku suresi son	1,32±0,72	1 [0-3]		1,78±0,74	2,5 [0-3]		U=165 p=0,030		
Uyku etkinliği ilk	2,17±0,96	2 [0-3]	W=-3,202 p=0,001	2,38±0,77	3 [1-3]	W=-2,379 p=0,017	U=258,5 p=0,507	Grup WTS=6,047 p=0,014 Zaman: WTS=28,176 p<0,001 Grup*Zaman: WTS=4,027 p=0,045	Grup: 0,120 Zaman: 0,399 Grup*Zaman: 0,077
Uyku etkinliği son	0,86±0,89	1 [0-3]		1,78±1,28	2 [0-3]		U=149 p=0,014		
Uyku bozukluğuilk	2,29±0,62	2 [1-3]	W=-3,638 p<0,001	2,17±0,48	2 [1-3]	W=-1,134 p=0,257	U=251,5 p=0,370	Grup WTS=0,366 p=0,545 Zaman: WTS=23,938 p<0,001 Grup*Zaman: WTS=11,217 p<0,001	Grup: 0,009 Zaman: 0,357 Grup*Zaman: 0,203
Uyku bozukluğuson	1,68±0,48	1,5 [1-2]		2,04±0,56	2 [1-3]		U=175,5 p=0,031		
İlaç kullanımıilk	0±0	0 [0-0]	NA	0±0	0 [0-0]	NA	NA	NA	NA
İlaç kullanımı son	0±0	0 [0-0]		0±0	0 [0-0]		NA		
Gündüz fonksiyonları ilk	2,13±0,61	2 [1-3]	W=-3,704 p<0,001	1,46±0,72	1,5 [0-3]	W=-3,000 p=0,003	U=151,5 p=0,002	Grup WTS=5,818 p=0,016 Zaman: WTS=50,793 p<0,001 Grup*Zaman: WTS=6,579 p=0,010	Grup: 0,112 Zaman: 0,554 Grup*Zaman: 0,165
Gündüz fonksiyonları son	1,18±0,66	1 [0-2]		1,04±0,56	1 [0-2]		U=222,5 p=0,422		

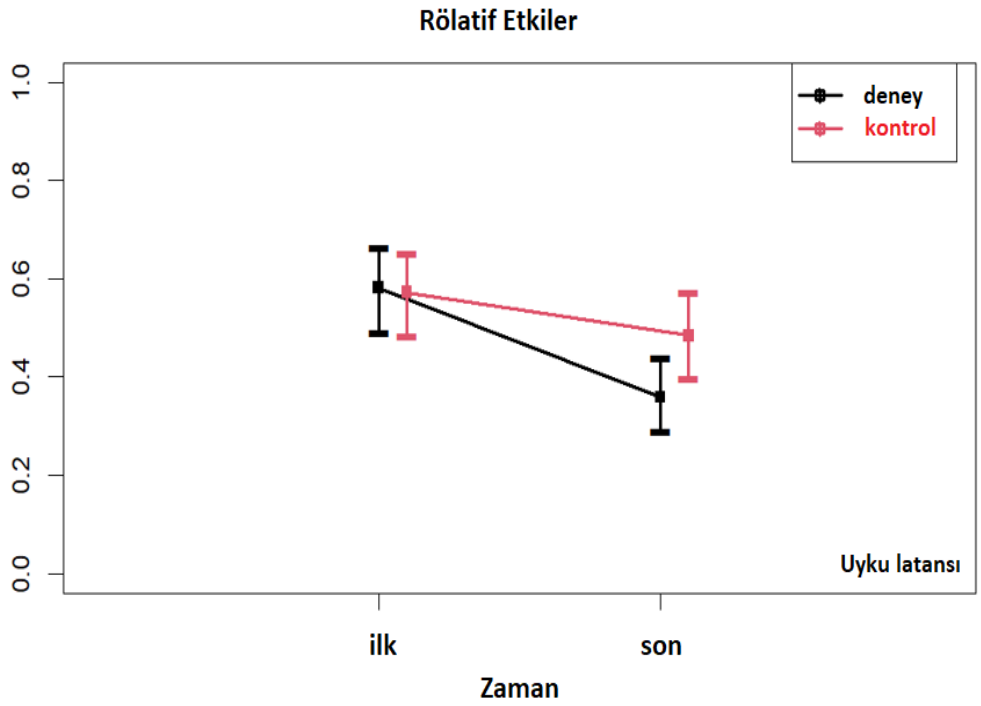
WTS: Wald tipi test istatistiği; U: Mann Whitney U test istatistiği; W: Wilcoxon test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi



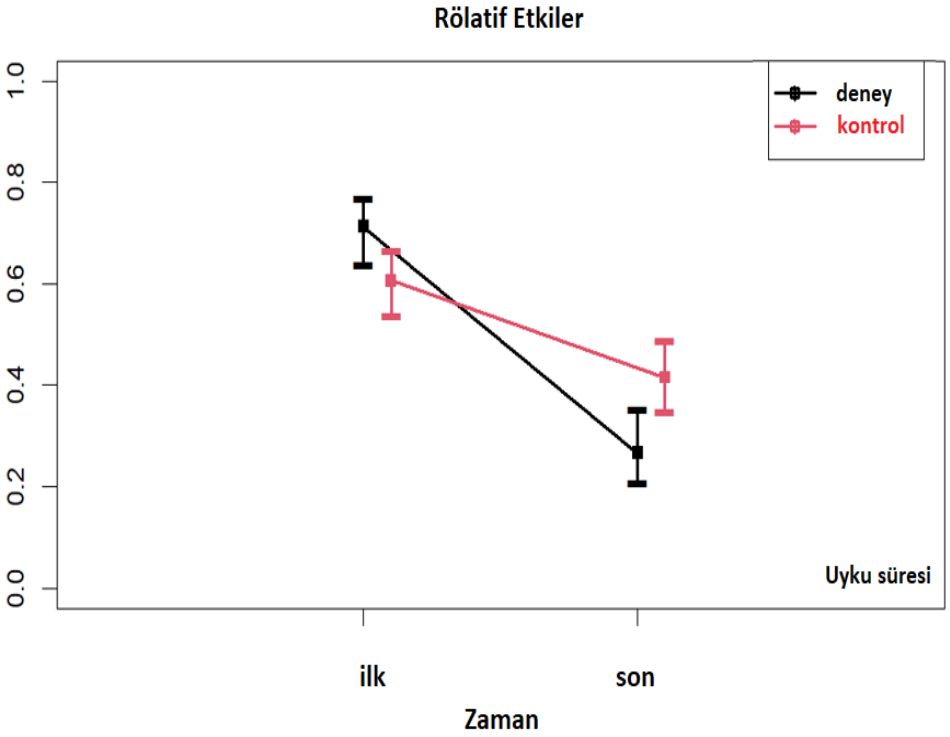
Şekil 4.6. PUKİ burg ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması



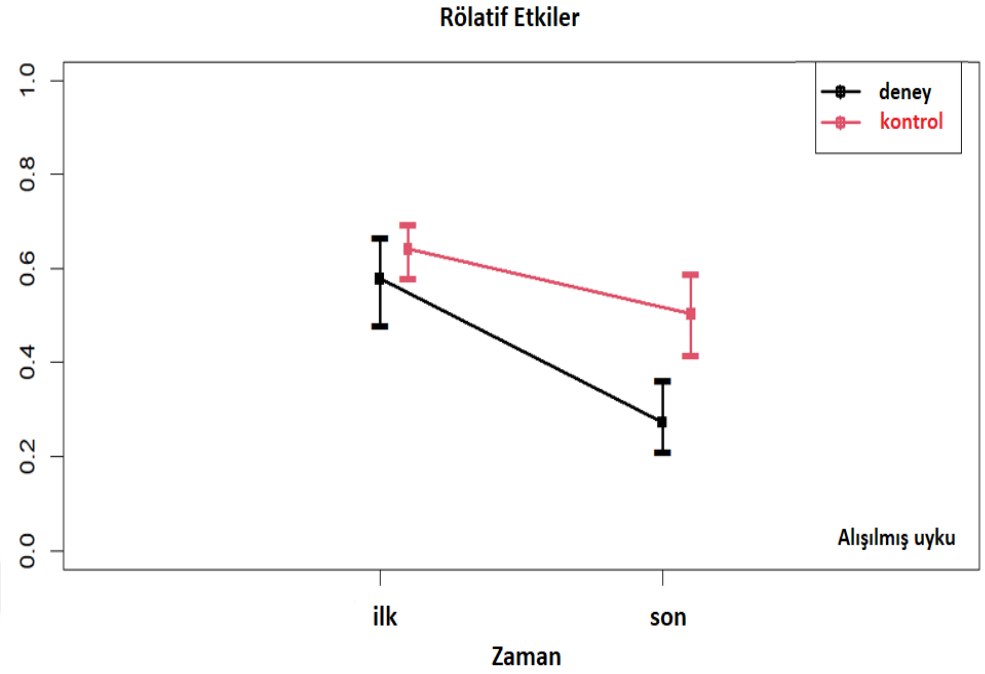
Şekil 4.7. Öznel uyku ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması



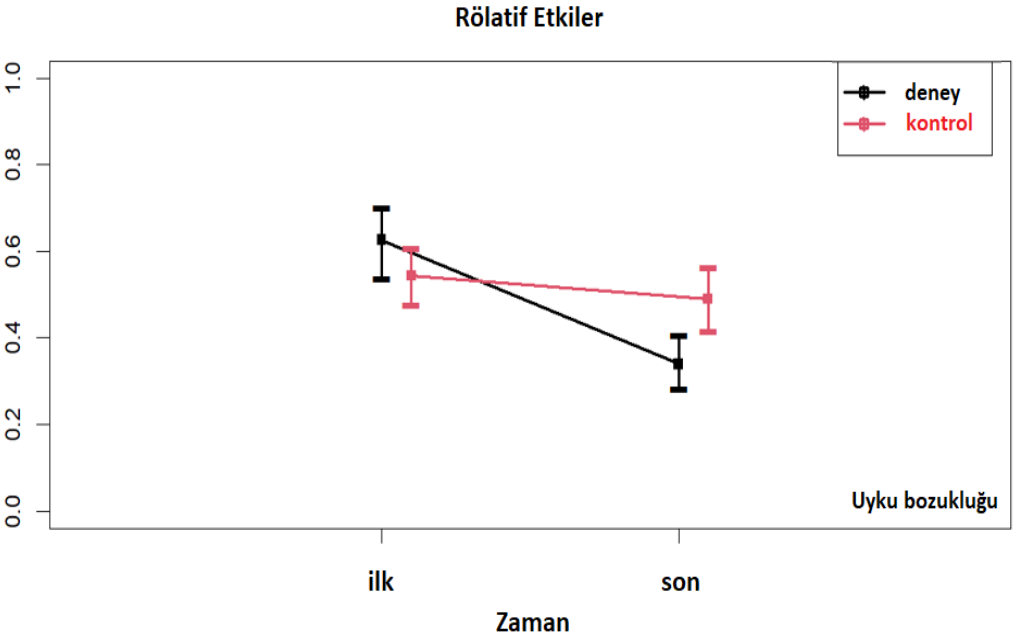
Şekil 4.8. Uyku latansı ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması



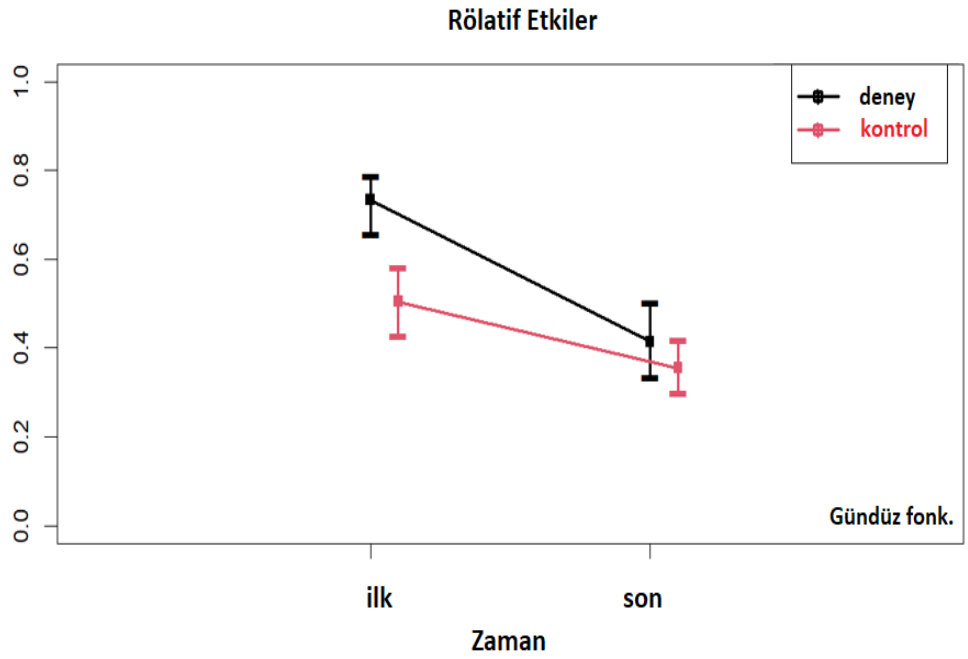
Şekil 4.9. Uyku süresi ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması



Şekil 4.10. Alışılmış uyku ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması



Şekil 4.11. Uyku bozukluğu ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması



Şekil 4.12. Gündüz fonksiyon bozukluğu ölçüm medyanlarının gruplarda karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Bu bölümde menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisini belirlemek amacıyla tek kör randomize plasebo kontrollü deneysel olarak yürütülen bu çalışmadan elde ediler bulgular güncel bilgiler eşliğinde tartışılmıştır.

- Birinci bölümde kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,
- İkinci bölümde kadınların TD uygulaması öncesi ve sonrası PYÖ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,
- Üçüncü bölümde kadınların TD uygulaması öncesi ve sonrası PUKİ'ye ait toplam ve alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

5.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada deney ve plasebo grubundaki kadınların, sosyodemografik ve tanımlayıcı özellikleri bakımından benzer olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç çalışma gruplarının bağımsız ve homojen dağıldığını göstermektedir.

Bu araştırmada; kadınların menopoza girme yaşı deney grubunda 46, plasebo grubunda 47'dir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde menopoz yaşının pek çok çalışmada 46-50 yaş dolaylarında olduğu görülmektedir (52,108-111). Gürler ve arkadaşlarının (2020) menopozal dönemdeki kadınlarda aromaterapinin uyku kalitesi üzerine etkisini çalıştıkları ve 76 kadının dahil edildiği araştırmalarında menopoz yaşının deney grubunda 51, kontrol grubunda 50 olduğunu belirtmişlerdir (111). Kurt ve Arslan'ın (2020) menopozal dönem kadınlarla yürüttüğü çalışmasında da menopoz yaşını 46 olarak bildirmişlerdir (52). Dündar ve Aksu'nun (2021) menopozal dönemde bulunan 360 kadınla yaptıkları çalışmada menopoza girme yaşını 49,9 olarak bildirmişlerdir (109).

Dünya genelinde menopoza girme yaşının gelişmiş ülkelerde 50-51, gelişmekte olan ülkelerde ise 47-49 olduğu görülmektedir. TNSA 2018 verilerine göre ise ülkemizde 48-49 yaş grubundaki kadınların %45'inin menopozal dönemde olduğu bildirilmektedir (4,112) Literatür bulguları ve TNSA 2018 verileri, çalışma sonuçlarımıza paraleldir.

5.2. Kadınların TD Uygulaması Öncesi ve Sonrası PYÖ'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tükenmişlik hali olarak ifade edilen yorgunluk, biyolojik, psikolojik, bilişsel hoşnutsuzluklara neden olan, derecesi ve süresine göre günlük yaşam aktivitelerini etkileyen, öznel olabilmesi nedeniyle ölçümü ya da değerlendirilmesi zor ve genellikle gözden kaçabilen bir sorundur (113).

Menopozal dönemde yorgunluk sık karşılaşılmakla birlikte çalışmalarda fiziksel ve zihinsel yorgunluğun menopozal dönem kadınlarda menopoza girmeyenlere göre daha fazla yaşandığı ve yaşanılan vazomotor değişimlerin de kadınların uyku kalitelerini ve yorgunluk düzeylerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (12,16,53,114).

Menopozal sorunların sıklığı veya şiddetinin inceleyen bir çalışmada, kadınların %61'inin uykusuzluk ve yorgunluktan yakındığı, bir diğer çalışmada da kadınların %51,3'ünün yorgunluktan yakındığı bildirilmiştir (16,17).

Çalışmamızda, deney ve plasebo grubundaki kadınların orta düzeyde yorgunluk yaşadığı görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların menopozal dönemde olması nedeniyle bunun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

İkiışık ve arkadaşlarının (2020) 40-65 yaş arası menopozal dönem kadınların menopoza ilişkin farkındalıkları ve menopoz semptomlarıyla baş etme yöntemlerini araştırdıkları çalışmalarında kadınların yarıya yakınında menopoz sorunların ciddi yaşandığı ve en fazla yakınmanın ise fiziksel ve zihinsel yorgunluk olduğu belirlenmiştir (53). Konuyla ilgili çalışmalarda, kadınların yaşadığı yorgunluk ve kötü ruh hali değişimlerinin menopozal sorunlarla doğrudan ilgili olmasa da kadınlar tarafından sıklıkla bildirilmektedir. Aynı zamanda vazomotor değişimlerden kaynaklanan uyku kalitesindeki bozulmalar da yorgunluk düzeyinin artmasını

tetiklemektedir. Kronik yorgunluğu olan kadınların ise menopozal sorunları daha yoğun yaşadığı bildirilmektedir (117, 12).

Bu araştırmada, PYÖ uygulama öncesi ve sonrası toplam puan ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur, bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Gruplar arası fark değerlendirildiğinde; son ölçüm puanları bakımından anlamlı farkın olmadığı, ancak grup içi karşılaştırmalarda PYÖ ilk ve son puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Grup içi değerlendirmelerde, her iki grupta da PYÖ son ölçüm ortalaması ilk ölçüm ortalamasından düşüktür. Bu farkların zayıf etki büyüklüğüne (d(grup) = 0,072; d(zaman) = 0,637; d(group*time) = 0,377) sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda "H_2: Terapötik dokunma menopozal dönem kadınlarda yorgunluk düzeyini etkiler" hipotezi doğru kabul edilmemiştir.

Mevcut literatür incelendiğinde, menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın yorgunluğa etkisinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır, ancak farklı örneklem gruplarında farklı ölçekler kullanılarak terapötik dokunmanın yorgunluk düzeyine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmalar bulunmaktadır (26,33,36,39).

Vural Doğru ve ark.'nın (2021) ebelik ve hemşirelik öğrencilerinde terapötik dokunmanın uyku, stres ve yorgunluk üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, yorgunluk değişkeni farklı bir ölçek ile değerlendirilmiştir. TD'nın öğrencilerin, yorgunluk ve gündüz uykululuğunu azalttığı ve uyku kalitesini iyileştirmede etkili olabileceği belirtilmiştir (26). Younus ve arkadaşlarının (2014) radyoterapi alan meme kanserli kadınlarda terapötik dokunmanın dermatit ve çeşitli parametlere etkisini inceledikleri 49 kadın ile yürüttükleri kohort çalışmalarında, uygulama öncesi ve sonrası yorgunluk açısından kadınlarda önemli bir farkın olmadığı belirlenmiştir (36). Aghabati, Mohammadi ve Esmaiel'in (2010) kemoterapi gören hastalarda ağrı ve yorgunluk üzerinde terapötik dokunmanın etkisini inceledikleri çalışmalarında, 90 kadın hastayı terapötik dokunma, sahte terapötik dokunma ve kontrol olmak üzere 3 gruba randomize etmişlerdir. Beş gün süre ile günde 30 dakika uygulama yapılmıştır. Çalışma sonucunda, terapötik dokunmanın kontrol grubuna göre kanser hastalarında ağrı ve yorgunluğu azaltmada oldukça etkili olduğu bildirilirken, plasebo

grubunda ağrı ve yoğunluğun kontrol grubu ile karşılaştırıldığında iyileşmenin olduğu saptanmıştır (39).Tabatabaee ve arkadaşlarının (2016), kanser hastaları ile yürüttükleri çalışmalarında TD'nin, kişilerde gevşeme sağladığı, kaygı düzeylerinde ve ruh hallerinde olumlu etkilerinin olduğu, yorgunluk, seviyelerinde azalma sağladığını belirtmişlerdir (33). Wong ve arkadaşlarının (2013), pediatrik onkoloji hastalarında iyileştirici dokunmanın etkisini incelemek amacıyla deney ve kontrol grubundan oluşan randomize kontrollü çalışmalarında; deney grubuna 30 dk iyileştirici dokunma, kontrol grubuna da okuma ve oyun aktiviteleri yaptırılmıştır. Araştırma sonucunda iyileştirici dokunmanın ağrı, stres ve yorgunluk seviyelerinde önemli azalmalar gösterdiği ve çalışmanın pediatrik onkoloji hastasında enerji tedavisi kullanmanın uygulanabilirliğini göstermektedir (118).

Bu araştırmada gruplar arasında anlamlı fark olmamasının nedeni yorgunluğun subjektif bir kavram olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, PYÖ alt boyutlarından, yorgunluğun günlük yaşam aktivitesine etkisini ve şiddetini değerlendiren, davranış/şiddet alt boyutunda gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanları plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içinde de her iki grupta da davranış/şiddet alt boyutu son ölçüm ortalaması ilk ölçüm ortalamasından düşüktür. TD'nin yorgunluğun günlük yaşam aktivitesine etkisini ve şiddetini azaltmada etkili olabileceğini söylemek mümkündür.

PYÖ'nün diğer alt boyutları olan duygulanım, duyusal ve bilişsel/ruhsal alt boyutlarında, gruplar arası son ölçüm puanları bakımından anlamlı fark saptanmazken, bahsedilen alt boyutların tümünde grup içi karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da son ölçüm ortalamaları ilk ölçüm ortalamalarından düşüktür. Bu alt boyutlarda uygulama öncesine göre uygulama sonrasında TD'nin etkili olabileceği söylenebilir.

Menopozal dönem kadınlarada terapötik dokunmanın yorgunluğa etkisini değerlendiren herhangi bir çalışmaya ulaşılamadığından araştırmada yorgunluk değişkeni toplam puanı sınırlı tartışılmış alt boyutlar ise tartışılamamıştır. Bu doğrultuda araştırmanın literatüre yeni bilgi kazandıracak olması çalışmamızın güçlü yanını desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde; terapötik dokunma dışındaki bazı nonfarmakolojik ve davranışsal terapi yöntemlerinin (reiki, refleksoloji, akupresür, yoga, ayak masajı) menopozal dönem kadınlarda yorgunluğa etkisini değerlendiren ve sonuçları bizim çalışmamızla benzerlik gösteren çalışmalar da mevcuttur (67,102,119-121).

5.3. Kadınların Terapötik Dokunma Uygulaması Öncesi ve Sonrası PUKİ'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Menopozal dönemde gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra kadınlarda görülen en önemli yakınmalardan biri de uykusuzluktur. Kadınların gece çok sık uyanmaları ve tekrar uykuya dalmada güçlük yaşamaları, derin uyuyamamaları, sabahları istemsiz uyanmaları, uykuda kaldıkları süreyi kısaltmakta ve uyku kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. (122,123). Literatürde menopozal dönem kadınların %40-60'ının uyku bozukluğu yaşadığı, bu problemlerin en yoğun postmenopozal dönemde yaşandığı çalışmalarda belirtilmiştir. (67,111,113,119,123).

Menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesinin araştırıldığı çalışmalarda genel olarak kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir (60,123,124,126).

Bu araştırmada, PUKİ ilk ve son toplam medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuş, bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Gruplar arası fark değerlendirildiğinde; uygulama öncesine göre son ölçüm puanları bakımından uygulama sonrasında gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda ise deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşük saptanmıştır. Deney ve plasebo gruplarında uygulama öncesi PUKİ toplam puanları benzer iken uygulama sonrası deney grubunda yaklaşık altı birim iyileşme, plasebo grubunda ise yalnızca iki birimlik anlamlı iyileşme görülmüştür. Bu farkların orta etki büyüklüğüne (d(grup) = 0,032; d(zaman) = 0,673; d(group*time) = 0,244) sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda TD'nin menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesini iyileştirmede etkili olabileceğini söylemek mümkündür. Bu sonuçlar doğrultusunda "H_1: Terapötik dokunma menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesini etkiler" hipotezi doğru kabul edilmiştir. Çalışmamızda; uygulama öncesine göre hastaların uyku problemlerinde iyileşme olduğu, ancak

uykusuzluk problemlerinin devam ettiğini gözlenmiştir. Plasebo grubundaki az miktardaki iyileşmenin kadınların uygulamadan olumlu yönde etki görebileceklerine olan inançlarından ve menopozal dönemdeki kadınların kendileri ile ilgilenilmesi, temas halinde olunması, onlara özel vakit ayrılmasının psikolojik yönden onları olumlu etkilediği ve bu durumun da plasebo grubundaki iyileşmenin nedeni olabileceğini düşündürmektedir.

Mevcut literatür incelendiğinde, menopozal dönem kadınlarda TD'nın uyku kalitesine etkisinin incelendiği yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır (34).

Töre'nin (2022) menopozal dönem kadınlarda TD ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal sorunlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği, 108 kadının dahil edildiği kontrol gruplu deneysel modelde yaptıkları çalışmalarında, TD grubuna dört hafta boyunca hafta bir kez uygulama yapılmış, müzik dinletisi grubuna ise dört hafta boyunca her gün uyuma saati öncesinde 30 dakika müzik dinlemeleri istenmiştir. Çalışma sonucunda TD ve müzik dinletisinin uyku kalitesini iyileştirdiği, yaşam kalitesini artırdığı ve menopozal semptomları azalttığı ancak TD'nin olumlu etkisinin müzik dinletisine göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (34).

Konuyla ilgili farklı örneklem gruplarında TD'nın uyku kalitesine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (41,26,42). Ünal Aslan, ve Çetinkaya (2022) palyatif bakım için hastanede yatan 73 hastada TD'nın manevi bakım ve uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmalarında, dört haftalık TD uygulaması sonrası deney grubunda PUKİ puanında dört birimlik bir iyileşme görülürken kontrol grubunda uygulama sonrası iyileşmenin aksine PUKİ puanı artmış yani uyku kalitesi beş birim kötüleşmiştir. TD uygulamasının palyatif bakım alan hastalar üzerinde uyku kalitesini iyileştirmede etkili bir uygulama olabileceği bildirilmiştir (41). Vural Doğru ve arkadaşlarının (2021), ebelik ve hemşirelik öğrencilerinde terapötik dokunmanın uyku, stres ve yorgunluk üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, 96 öğrenciyi terapötik dokunma, sahte terapötik dokunma ve plasebo grubu olarak üç gruba randomize edilmiştir. Her gruba haftada iki kez 20 dk olmak üzere dört hafta uygulama sonucunda, terapötik dokunmanın öğrencilerin gündüz uyuklama sürelerini orta derecede azalttığı ve uyku kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (26). Çalışkan ve Cerit'in (2021) TD'nın uyku kalitesi ve anksiyete üzerine etkisini incelemek amacıyla 103 KOAH'lı bireyle yürüttükleri

randomize kontrollü çalışmalarında, deney grubuna üç gün boyunca günde 10 dk yatmadan önce TD uygulamışlardır. Araştırma sonucunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların uyku kalitesinin daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (42). Bağcı ve Çınar Yücel'in (2020), huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerde TD'nın uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmalarında, yaşlı bireyler üç gruba atanmıştır. Bir grup terapötik dokunma, bir grup sahte uygulama, diğeri ise kontrol grubundan oluşmuştur. TD ve sahte gruba uyku öncesi üç gün süresince 10 dk süren uygulama yapılmıştır. Araştırma sonucunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak grup içi uygulama öncesi ve sonrası farklar anlamlı saptanmıştır. Araştırma sonucunda yaşlı bireylerde TD'nın uyku kalitesini iyileştirmede etkili bir uygulama olabileceği bildirilmiştir (30). Senderovich H, ve ark. (2016), geriatrik palyatif bakım ünitesindeki hastalara uygulanan TD'nın değerlendirildiği nitel çalışmalarında hastaların tedaviye yanıtlarına ilişkin gözlemleri toplanmış ve analiz edilmiştir. Çalışmada, TD uygulamasının yapıldığı hastaların çoğunun bir rahatlama veya uyku durumuna ulaştığı bildirilirken, deneyimlerini ise şu şekilde ifade etmişlerdir; "rahatlamama yardımcı oldu ve bir süre uyumamı sağladı'', "enerjiyi ve rahatlamayı hissetmek kolayca uyumamı sağladı" şeklindedir (32)

Farklı hasta gruplarında yürütülen diğer çalışmalarda da TD'nin insan eterik bedeninde eksiklik olan yerlere enerji aktarılarak ya da tıkanıklık alanlardaki enerjiyi harekete geçirerek veya yeniden şekillendirerek; yarattığı rahatlama etkisi ile uyku kalitesini iyileştirdiği bildirilmiştir (33,38).

Yeşil Hikmet'in (2021) yürüttüğü, Reiki uygulamasının menopoz semptomlarına etkisini değerlendirdiği çalışmasında ise uzaktan reiki uygulaması sonrası menopozal dönem kadınlarda uykusuzluk sorununu içeren somatik şikâyetlerde ve aynı zamanda psikolojik ve ürogenital şikâyetlerde azalma olduğu bildirilmiştir (21).

PUKİ alt boyutlarından olan öznel uyku kalitesi puanları değerlendirildiğinde; öznel uyku kalitesi alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Bu nedenle grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar zamandan bağımsız değerlendirildiğinde; gruplar arası öznel uyku kalitesi son ölçüm medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanları plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda; deney ve plasebo grubunda öznel

uyku kalitesi alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da öznel uyku kalitesi alt boyutu son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür. Yani terapötik dokunmanın menopozal dönem kadınlarda PUKİ alt boyutlardan olan öznel uyku kalitesini iyileştirmede etkili olabileceğini söylemek mümkündür.

Töre'nin (2022) çalışmasında öznel uyku kalitesi alt boyutunda grup içi ve gruplararası karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır (34). Bağcı ve Çınar Yücel'in (2020) çalışmalarında, öznel uyku kalitesi alt boyutunda gruplararası anlamlı fark saptanmazken, grup içi karşılaştırmada yalnızca sahte terapötik dokunma grubunda farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (30). Marta ve arkadaşlarının (2010), 60 yaş üzeri 30 bireyde tek grup ön test-son test modeli ile hastalarda ağrı, depresyon ve uyku üzerinde terapötik dokunmanın etkisini inceledikleri çalışmada, sekiz seans terapötik dokunma sonrası hastaların PUKİ alt boyutlardan olan öznel uyku kalitesinde iyileşme olmasına rağmen bu iyileşmenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmişlerdir (38).

Uyku latansı, yatağa girdikten sonra uyku ve uyanıklık arasında bir geçiş süresini kapsayan evre 1'e kadar geçen süredir. Bu süre 20 dakikadan kısa olmalıdır (125). PUKİ alt boyutlarından olan uyku latansı alt boyutunda grup içi karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanı plasebo grubundan düşüktür.

Postmenopozal dönemdeki kadınların erken dönem menopozal kadınlara kıyasla uykuya dalma sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmiştir (126). TD uygulamasının uykuya dalmayı kolaylaştırma, yatakta geçirilen süreyi arttırma konusunda mimik dokunma uygulamasından daha etkili olduğundan bahsedilebilir. Töre'nin (2022) çalışmasında uyku latansı alt boyutunda grup içi ve gruplararası karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır (34). Bağcı ve Çınar Yücel'in (2020) çalışmalarında, uyku latansı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir (30). Marta ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında ise, uyku latansı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu belirtilmiştir (38).

PUKİ alt boyutlarından olan uyku süresi alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların

son ölçüm medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda da, her iki grupta da uyku süresi alt boyutu son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür. TD'nın uyku süresini iyileştirdiği söylenebilir. Töre'nin (2022) çalışmasında uyku süresi alt boyutunda grup içi ve gruplararası karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır (34). Bağcı ve Çınar Yücel'in (2020) çalışmalarında, uyku süresi alt boyutunda grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (30). Marta ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında ise, uyku süresi alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmış, uygulama öncesi uyku süresi ortalaması, 1.600 ± 1.220 iken sekiz seanslık uygulama sonrası ortalamanın 1.000 ± 1.144 olduğu bildirilmiştir (38).

PUKİ alt boyutlarından olan uyku etkinliği alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların son ölçüm medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Ayrıca grup içi karşılaştırmalarda her iki grupta da alışılmış uyku etkinliği alt boyutu son ölçüm medyanı ilk ölçüm medyanından düşüktür. Yatağa yatma ile kalkma saati arasındaki zaman diliminin ve uyku süresinin değerlendirilmesiyle elde edilen uyku etkinliği, yatakta geçen uyku süresini ifade etmektedir (105).

Slopien ve arkadaşlarının (2015) menopozal dönemde uyku sorunlarının araştırdığı çalışmalarında menopozal dönem kadınların, %57.8' inin uykuya dalmada zorluk, %60.7' sinin ise erken uyanma sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (127). Töre'nin (2022) çalışmasında öznel uyku etkinliği alt boyutunda grup içi ve gruplararası karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır (34). Bağcı ve Çınar Yücel'in (2020) çalışmalarında, uyku etkinliği alt boyutunda anlamlı farkın saptanmamıştır (30). Marta ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında ise, uyku etkinliği alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı iyileşme bildirilmiştir (38).

PUKİ alt boyutlarından olan uyku bozukluğu alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Gruplar arası uyku bozukluğu alt boyutu son ölçüm medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların son ölçü medyanı plasebo grubundaki kadınların medyanından düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda ise; deney grubunda ölçüm zamanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Deney ve plasebo

gruplarında uygulama sonrası deney grubunda yaklaşık yarım birimlik anlamlı bir iyileşme görülürken, plasebo grubunda hiç iyileşme görülmemiştir. Menopozal dönem kadınlarda uyku bozukluğunu düzeltmede TD uygulamasının etkili bir uygulama olabileceği söylenebilir.

Töre'nin (2022) ve Bağcı ve Çınar Yücel'in (2020) çalışmalarında, uyku bozukluğu alt boyutunda anlamlı fark saptanmaz iken, Marta ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında uyku bozukluğu alt boyutunda anlamlı iyileşme olduğu bildirilmiştir (30,34,38).

PUKİ alt boyutlarından olan gündüz fonksiyon bozukluğu alt boyutu ilk ve son ölçüm medyanları gruplarda karşılaştırıldığında grup zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Bu alt boyutta gruplar arası fark anlamlı saptanmaz iken, grup içi karşılaştırmalarda; deney ve plasebo grubunda anlamlı fark saptanmıştır. Deney ve plasebo guruplarında son ölçüm medyanları ilk ölçüm medyanlarından düşüktür.

Töre'nin (2022) çalışmasında gündüz fonksiyon bozukluğu alt boyutunda grup içi ve gruplararası karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmamıştır. (34). Bağcı ve Çınar Yücel'in (2020) çalışmalarında; gündüz fonksiyon bozukluğu alt boyutunda gruplararası anlamlı fark saptanmaz iken grup içi karşılaştırmalarda TD grubundaki yaşlılarda anlamlı iyileşme bildirilmiştir (30). Doğru ve arkadaşlarının (2021), çalışmalarında da TD'nın gündüz uykusuzluğunu azaltmada ve uyku kalitesini iyileştirmede etkili olduğu bildirilmiştir (26).

Ebe ve hemşirelerin bağımsız işlevlerinden biri olan TD ile ilgili literatürde farklı örneklem grupları ile pek çok araştırma bulunduğu ancak ülkemizde konuyla ilgili sınırlı sayıda araştırmanın yürütüldüğü görülmektedir. Bu araştırma ülkemizde TD'nin menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisinin incelendiği ilk çalışma olması nedeniyle önemli ve değerlidir. Bu konuda literatürdeki boşluğu doldurmada katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan tüm kadınların, uygulama öncesi orta düzeyde yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir.
- TD'nin menopozal dönem kadınlarda yorgunluk düzeyini iyileştirmede plasebo grubuna göre etkili olmadığı,
- TD'nin yorgunluğun davranış şiddeti alt boyutları dışanda tüm alt boyutlarında da plasebo grubuna göre iyileşmede etkili olmadığı,
- TD'nin menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesini iyileştirmede plasebo grubuna göre daha etkili olduğu,
- Uyku kalitesinin tüm alt boyutlarında da iyileşmede TD'nin plasebo grubundan daha etkili olabileceğini söylemek mümkündür.
- Sonuç olarak TD uygulamasının menopozal dönem kadınlarda uyku kalitesini arttırdığı, yorgunluğa ise etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü süre boyunca, araştırmacı tarafından kadınların sorunları ile ilgileniliyor olması, duygu/his ve şikayetlerinin onlarla konuşularak ve dokunarak anlamaya çalışılması, yaşamlarının pek çok anında; zamanları geçmiş/ es geçilmiş, kimi zaman yok sayılmış/ikinci sınıf insan olma hissini yaşamış kadınlar için kendilerini kıymetli, önemli hissettirilmesi, çalışmanın ve kendilerine ayrılan 10 dakikanın bile kadınlar için anlamının çok büyük olması, çalışmaya dahil edilen kadınlar tarafından sözel ve davranışsal olarak ifade edilmiştir. Bu durum araştırmacı tarafından gözlenen ve TD felsefesinin derinliğinin anlaşıldığı öznel bir deneyimdir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın uyku kalitesini arttıracak, yorgunluğu azaltacak bütünleştirici bir yöntem olarak kullanılabileceği,
- ✓ Çalışmanın premenopozal, menopozal ya da postmenopozal dönemlerde ayrı ayrı planlanarak uygulanması,

- ✓ TD uygulamasının ucuz, güvenli, etkili ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ebeler tarafından menopoz şikâyeti olan kadınlara uygulanabileceği,
- ✓ Ebelik eğitimi programlarında terapötik dokunma konusuna yer verilmesi, önemine dikkat çekilmesi ve uygulamasının yapılması,
- ✓ Ebelik/ hemşirelik uygulamalarında TD'nın etkisinin farkındalığının sağlanması ve sağlık kurumlarında ebeler/hemşireler tarafından bağımsız bir girişim olarak uygulanması,
- ✓ Nonfarmakolojik yöntemler hakkında Ebe / Hemşirelere ve sağlık profesyonellerine verilen eğitimlerin yaygınlaştırılması, sertifikalı eğitim programlarına yönlendirilmeleri, sağlık kurumlarında hizmet içi eğitimlerin verilmesi, ebe ve hemşirelerin bu yöntemleri kullanmaları konusunda cesaretlendirilmeleri önerilebilir.

Gelecekteki Araştırmalar için Öneriler

- ✓ TD uygulamalarının uyku ve yorgunluk üzerindeki etkilerinin farklı gruplarda, daha geniş örneklem grubu ve diğer tamamlayıcı tedaviler ile karşılaştırıldığı çalışmaların yürütülmesi,
- ✓ Dokunmanın her kültürde ortak ve farklı anlamları olduğu biliniyorken; kültürümüzdeki yerini belirtebilmek ve pekiştirmek için, eğitimini almış yetkin ebe/hemşireler tarafından TD ile ilgili araştırmalar yapılması,
- ✓ TD'nın uzun dönem etkilerinin belirleneceği çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Özcan H, Oskay Ü**. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, **2013;** 28:57-63

2. **Çelik AS, Pasinlioğlu** T. Klimakteryum ve Menopoz. In: Nazik E. (Eds.), Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ankara: Akademisyen Kitapevi A.Ş.; **2022**: 717-729.

3. WHO. Research on the menopause: A report of the WHO scientific group. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41526/ Erişim Tarihi: 21.08.2022

4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33707 **2018**. Erişim Tarihi: 31.07.2022

5. **Akman G**. Tıbbileştirme ile tıbbileştirmeme kıskacında menopozun doğallık sorunu. Kulakaç Ö, (Ed.), Kadın Sağlığının Medikalizasyonu; Kadının Yaşam Dönemleri, Uygulamalar ve Önlemler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; **2021:** 44-52.

6. **Shifren JL, Schiff L**. Menopoz. Erk A, Demirtürk F, Berek / Novak'ın jinekolojisi . İstanbul : Nobel Kitabevi; **2017**;1233-1239.

7. **Derman S**. Menopoz ve Uyku Bozuklukları. Eds: Atasü T. Menopoz, Tedavisi ve Kanser. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; **2001**: 137-150.

8. **Krishnan V, Collop NA**. Gender Differences In Sleep Disorders. *Current Opinion In Pulmonary Medicine*, **2006**; 12: 383.

9. **Karadakovan A**. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Akademisyen Tıp Kitabevi, **2014**.

10. **Maslow A H.** A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*,**1943;** 50(1); 370-396.

11. **González GP** Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica. [In English: A Case study: The Virginia Henderson' approach to patient with aortic valve disease]. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, **2013**; 21,24.

12. **Külekci M, Kostanoğlu A.** Postmenopozal dönemde olan ve olmayan kadınların yorgunluk düzeyi ve sağlık profili. *Genel Tip Dergisi*, **2019** ; 29(3):106-112.

13. **Carpenter J S, Woods N F, Otte J L, Guthrie K A, Hohensee C , Newton K M, ... and Reed SD**. Msflash participants' priorities for alleviating menopausal symptoms. Climacteric**,** **2015**: 18(6), 859-866.

14. **Crowe BM, Puymbroeck MV, Linder SM, Mcguire FA, Watt Paula J**. The Effects of Yoga Participation on Women's Quality of Life and Symptom Management During the Menopausal Transition: A Pilot Study. *Health Care for Women International*; **2015**. 36(10):1124–1142.

15. **Duman M, Timur Taşhan, S**. Postmenopozal kadınlarda uyku hijyeni eğitimi ve gevşeme egzersizlerinin uykusuzluğa etkisi: Randomize bir klinik çalışma. Uluslararası hemşirelik uygulamaları dergisi; **2018**: 24 (4),el2650.

16. **Başer M, Gözüyeşil E.** Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, **2016**; *19*(4); 261-268.

17. **Özdemir Ö. Ç,Uysal M F**. Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2018**;1: 25-32.

18. **Tan MN, Kartal M, Guldal D**. The Effect Of Physical Activity And Body Mass İndex On Menopausal Symptoms İn Turkish Women: A Cross-Sectional Study İn Primary Care. *BMC Women's Health*, **2014**; 14(38):1-9.

19. **Yazdkhasti M, Keshavarz M, Mahmoodi Z, Hosseini A F.** Self-directed learning and its impact on menopausal symptoms. *Iranian Red Crescent Medical Journal***, 2014**;16(5); e13259.

20. **Abiç A, Yılmaz DV**. Menopoz Semptomlarına Yoganın Etkisi. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi, **2020**; 3 (2); 217-223.

21. **Yeşil Hikmet F**. Reiki uygulamasının menopoz semptomlarına etkisi Master's thesis, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, **2021**.

22. **Bagci H, Cinar Yucel S**. A Systematic Review of the Studies about Therapeutic Touch after the Year of 2000. *International Journal of Caring Sciences*, **2020**; 13(1);234.

23. Therapeutic Touch International Association (TTIA). 2020; Retrieved from http://therapeutictouch.org/. Erişim tarihi: 04.10.2022.

24. **O'Mathúna DP**. Therapeutic touch for healing acute wounds. Cochrane Database Syst Rev **2016**, 5: CD002766.

25. **Matourypour P, Vanaki Z, Zare Z, Mehrzad V, Dehghan M, Ranjbaran M.** Kemoterapi altındaki meme kanserli kadınlarda kemoterapinin neden olduğu akut kusmanın yoğunluğuna terapötik dokunuşun etkisinin araştırılması. *Journal of education and health promotion*, **2015;** 21 (3): 255.

26. **Vural Doğru B, 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.

27. **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: 75–81.

28. **Mohammadnejad E, Tabatabaee A.** Therapeutic touch in patients with migraine headaches: A content analysis study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, **2017**; 4(1): 9-15.

29. **Zolfaghari M, Eybpoosh S, Hazrati M.** Effects of Therapeutic Touch on Anxiety, Vital Signs, and Cardiac Dysrhythmia in a Sample of Iranian Women Undergoing Cardiac Catheterization, *Journal of Holistic NursingAmerican Holistic Nurses Association*, **2012**; 30 (4),225-234

30. **Bağcı H, Çınar Yücel Ş**. Effect of therapeutic touch on sleep quality in elders ling at nursing homes. *Journal of religion and health*, **2020**; 59.3: 1304-1318.

31. **Alp Yılmaz F, Yucel, S. C**. The effect of therapeutic touch on the comfort and anxiety of nursing home residents. *Journal of religion and health*, **2021**; 60(3), 2037-2050.

32. **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

33. **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.

34. **Keskin Töre F**. Menopozal kadınlarda terapötik dokunma ve müzik dinletisinin uyku kalitesi, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesine etkisi (Master's thesis), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,Malatya, **2022**.

35. **Pınar 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.

36. **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.

37. **Garrett B, Riou M.** A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research. Nurs Open **2021**, 8(5): 2318-30

38. **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.

39. **Aghabati N, Mohammadi E, Pour-Esmaiel 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

40. **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.

41. **Ünal Aslan, KS ve Çetinkaya, F**. Palyatif bakım alan hastalarda terapötik dokunmanın manevi bakım ve uyku kalitesine etkisi. *Psikiyatrik Bakımda Perspektifler*, 2022; 58 (1): 374-382.

42. **Çalışkan MA, Cerit B.** Effect of therapeutic touch on sleep quality and anxiety in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2021;** 45: 101481.

43. **Harlow, S. D, Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., De Villiers, T. J.,Group, S. C.** Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+ 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of Clinical Endocrinology/ Metabolism*,**2012;** 97(4): 1159-1168.

44. **Özsoy S**. Klimakteryum ve Menopoz İçinde.Arslan Özkan H. (Ed.) Hemşireler ve Ebeler için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. **2019**: 723-739.

45. American College of Obstetricians and Gynecologists. **(2021**). https://www.acog.org/womenshealth/faqs/perimenopausal-bleeding-and-bleeding-after-menopause. Erişim tarihi: 10.09.2022

46. Royal Collage of Nursing. **(2020)**. https://www.rcn.org.uk/professional. Erişim tarihi: 10.09.2022

47. **Taşkın L**. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, **2016.**

48. **Hotun Şahin N**. Klimakteryum dönemi ve Menopoz. İçinde Kızılkaya Beji N. (Ed.) Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.İstanbul Nobel Kitapevi; 3.Baskı: **2022**:163-169.

49. **Şahin E., Oskay Ü**.Menopoz Tanım ve Terminoloji. İçinde Beji N.K., Koçak D.Y.(Ed.) Heryönü ile Menopoz, Antalya: Nobel Kitabevi;1. Baskı:**2022**: 3-5.

50. **Cengiz S, Çağlar G**. Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. Ankara: Modern Tıp Kitapevi,**2016**

51. **Hoffman B,Schorge J O, Bradshaw K D,Halvorson L M,Schaffer J L Crton M M .** Menopoz. Yıldırım G, Williams Jinekoloji, 1. Baskı İstanbul: Nobel Kitabevi; **2020** :492-99.

52. **Kurt G, Arslan H.** Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri, *Cukurova Medical Journal;* **2020** :45(3), 910-920.

53. **İkiışık H, Turan G, Kutay F, Karamanlı D C, Gülen E, Özdemir E, Taşdemir M, Maral İ.** Awareness of menopause and strategies to cope with menopausal symptoms of the women aged between 40 and 65 who consulted to a tertiary care hospital.*;* **2020:** 5(1), 10-21.

54. The North American Menopause Society. **(2021**). https://www.menopause.org/forwomen/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/menopause. Erişim tarihi: 10.08.2022

55. **Sturdee, DW, Hunter, MS, Maki, PM, Gupta, P., Sassarini, J., Stevenson, JC ve Lumsden, MA.** The menopausal hot flush: a review. Climacteric, 20(4), 296-305.

56. **Mansikkamaki K, Nygard CH, Raitanen J, Harjula KK, Tomas E, Rutanen R et al**. Hot flushes among aging women: a 4-year follow-up study to a randomised con- trolled exercise trial. Maturitas; **2016**: 88:84–9.

57. **Chou B,Bienstock JL,Satin A J**. Jojns hopkins jinekoloji ve obstetrik el kitabı,6. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi **2021**.

58. **Bromberger JT, Kravitz HMChang YF**,et al:Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN).*Psychol Med*, **2011**;41(9):14879.

59. **Santoro N, Epperson CN, Mathews SB.** Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*, **2015**; 44(3):497-515.

60. S**imon, JA, Goldstein, I., Kim, NN, Davis, SR, Kellogg-Spadt, S., Lowenstein, L. Vignozzi, L.** Menopoz genitoüriner sendromunun (GSM) tedavisinde androjenlerin rolü: Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Araştırmaları Derneği (ISSWSH) uzman konsensüs paneli incelemesi. Menopoz; **2018:** 25 (7), 837-847.

61. **Hill DA, Crider M, Hill S R.**Hormone therapy and other treatments for symptoms of menopause. American family physician, **2016**; 94(11); 884-889.

62. **Türker, A. Ü.** Menopoz. B. D. Çakmak (Ed.) Jinekolojide Pratik Bilgiler in. Lyon: Livre de Lyon, **2020:** 93-105.

63. **A**merican College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*, **2014**; 123(1): 202-216

64. **Kazamzadeh, R.,Nikjou, R., Rostamnegad, M.**, "Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: A crossover randomized clinical trial", J Chin Med Assoc; 2016: 79(9), 489-492.

65. **Arrant KR.** The Effect of a Yoga Intervention on Sleep and Stress in Postmenopausal Women, Doctor Of Philosophy, *University of Mississippi Medical Center;* **2019.**

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

67. **Zengin Aydın L, Yiğitalp G.** The effect of reflexology on sleep quality and fatigue in postmenopausal women: A randomized control trial. European Journal of Integrative Medicine, **2021;** 43: 101281.

68. Akdemir N, Özdemir L. Dinlenme-Uyku ve Düzensizliklerinde Hemşirelik Bakımı - İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (4.Basım). Ankara: Akademisyen Kitapevi, **2018**;129-139.

69. Troynikov O, Watson CG, Nawaz N. Sleep environments and sleep physiology: A review. *J Therm Biol* ,**2018**; 78: 192-203

70. Chattu VK, Sakhamuri SM, Kumar R, Spence DW, BaHammam AS, PandiPerumal SR. Insufficient sleep syndrome: Is it time to classify it as a major noncommunicable disease? *Sleep Sci*, **2018**; 11(2): 57-64.

71. K**anda T, Miyazaki T, Yanagisawa M.** Imaging sleep and wakefulness. In Make Life Visible, Singapore ,Springer, **2020**;169-178

72. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Demirtaş A. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**; 8(2):60-70.

73. Guyton AC, Hall JE. Beyin Etkinlik Durumları-Uyku,Beyin Dalgaları,Epilepsi,Psikozlar ve Demans, Textbook of Medical Physiology Tıbbi Fizyoloji ,Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; **2017**: (13)736-772.

74. Basatemür M, Güneş G. Hemşirelerde gece beslenme alışkanlığı ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi; bir üniversite hastanesi örneği. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, **2021;**6(3): 227-236.

75. Yang, P., Huang, G., Tsai, C.ve Lou, M. Sleep Quality and Emotinal Corraletes in Taiwanese Coronary Artery Bypass Graft Patients 1 Weekand 1 Month After Hospital Discharge: A Repeated Descriptive Correlational Study. **(2015).** Plos One 10(8):0136431.

76. Kanda T, Miyazaki T, Yanagisawa M. Imaging sleep and wakefulness. In Make Life Visible, Singapore :Springer, **2020**; 169-178

77. Ruch S, Henke K. learning during sleep: a dream comes true? *Trends in Cognitive Sciences*, **2020;** 24(3):170-172

78. Fasih U, Shaikh A. Sleep: the stress buster. Annals of Abbası Shaheed Hospıtal and Karachı Medıcal/ Dental College, **2017**; 22(2), 140-141.

79. Yalın, H., Kürtüncü, M. Uyku ve dinlenmenin değerlendirilmesi ve klinik karar verme. İçinde: sağlığın değerlendirilmesi ve klinik karar verme (ed.) Eti Aslan, F. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; **2017:** 225-252.

80. Yalın H. Yoğun bakımda uykusuzluk. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2016**; 20(1): 9-15.

81. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert S M, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, Hillard PJA. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. Sleep Health,**2015**;1 (1);40-43.

82. Mander, B. A., Winer, J. R.,Walker, M. P. Sleep and human aging. *Neuron*, **2017**; 94 (1): 19-36.

83. Algın Dİ, Akdağ G, Erdinç O. Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*,**2016;**38 (Özel Sayı 1): 29-34.

84. 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.

85. Caretto M,Giannini A,Simoncini T.An integrated approach to diagnosing and managing sleepdisorders in menopausal women. *Maturitas*. **2019**;128(june):1-3.

86. Oliveira, D. 1., Hachul, H., Goto, V., Tufik, S., Bittencourt, LRA. Menopoz sonrası kadınlarda terapötik masajın uykusuzluk ve klimakterik semptomlar üzerine etkisi. Klimakterik, **2012;**15 (1), 21-29.

87. Lucchesi, L. M., Hachul, H., Yagihara, F., Santos-Silva, R., Tufik, S., Bittencourt, L. Does menopause influence nocturnal awakening with headache? Climacteric; **2013:** 16(3), 362-368.

88. Garcia, M. C., Kozasa, E. H., Tufik, S., Mello, L. E. A., Hachul, H. The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: a pilot study. Menopause, **2018;** 25(9): 992-1003.

89. Pekçetin S, inal Ö. Yaşlı bireylerde uyku kalitesinin yorgunluk ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi,* **2019**; 10(4):604-608

90. Kazoğlu M, Yürük ZÖ. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. *J Exerc Ther Rehabil,* **2020**; 7(2):145-153.

91. Çınar D. Tip 2 Diyabet Hastalarında Kronik Hastalıkların Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Yorgunluk Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep **2015.**

92. Acaroğlu R, Kaya H. Hemşirelik Tanıları- Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017. 10.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; **2018** :66-78.

93. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2014:** 3(4),105-1113.

94. Monroe CM. The effects of therapeutic touch on pain. *J Holist Nurs,* **2009;** 27(2): 85-92

95. Erdoğan Z, Çınar S. Reiki: Eski bir iyileştirme sanatı modern hemşirelik uygulaması. *Kafkas J Med Sci,* **2011**; 1(2): 86–91

96. Somer P, Vatanoğlu-Lutz EE. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği'nin hukuki ve etik açıdan değerlendirilmesi. *Anatolian Clinic.* **2017**; 22(1): 58-65.

97. Krieger D. Therapeutic touch inner workbook, 1 th ed. New Mexico, Bear Company, **1996**: 21-5.

98. Vitale A. The Use of Selected Energy Touch Modalities as Supportive Nursing Interventions Holistic Nursing Practice, **2007**; 20(4):191-196.

99. Fatollahzade M, Parvizi S, Kashaki M., Haghani H, Alinejad-Naeini M. "The effect of gentle human touch during endotracheal suctioning on procedural pain response in preterm ınfant admitted to neonatal ıntensive care units: A randomized controlled crossover study". *The Journal of Maternal-Fetal/ Neonatal Medicine*, **2020**: 1-7.

100. Gronowicz G, Jhaveri A, Clarke LW, Aronow MS, Smith TH. Therapeutic touch stimulates the proliferation of human cells in culture. *J Altern Complementary Med* ; **2008:** 14: 233–239.

101. Arslan, G.G., Yucel, S.C. Hand Massage Application in Nursing Care and a Systematic Analysis of the Studies Conducted. *Journal of Izmir Katip Celebi University Faculty of Health Sciences*; **2017:** 2(1): 15-20.

102. Gökbulut, N., Akça, Eİ,Ay, Ç. K. Menopoz sonrası kadınlara verilen ayak masajının anksiyete, yorgunluk ve uyku üzerindeki etkisi: randomize kontrollü bir çalışma. Menopoz; **2022:**10-1097.

103. Piper BF., Dibble SL., Dodd MJ., et al., The Revised Piper Fatigue Scale; Psycho metric evalution in women with breast Cancer, Oncol.Nursing, Forum, May; **1998:** 25(4): 677-84

104. Can, G. Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul, **2001**.

105. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Sleep**, 1991**;14(4):331-338

106. Ağargün MY, Kara H. Anlar Ö. The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Turk Psıkıyatrı Dergisi, **1996;** 7:107-15.

107. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF Ravaud P. Farmakolojik olmayan tedavilerin randomize denemeleri için CONSORT beyanı: 2017 güncellemesi ve farmakolojik olmayan araştırma özetleri için bir CONSORT uzantısı. Annals of Internal Medicine **, 2017;** 167 (1), 40-47.

108. Gozuyesil, E., Gokyildiz Surucu, S.,Alan, S. Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *Journal of health psychology*, **2018;** 23(14): 1769-1780.

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

110. Gürler, E. B., Yeğen, B. Ç. Cerrahi olarak menopoz oluşturulmuş sıçanlarda melatonin tedavisinin östrojen, progesteron ve vitamin D'nin serum düzeylerine etkisi. Ege Tıp Dergisi, **2020;** 59(1): 7-13.

111. Gürler, M., Kızılırmak, A., Baser, M. The effect of aromatherapy on sleep and quality of life in menopausal women with sleeping problems: a non-randomized, placebo-controlled trial. Complementary Medicine Research; **2020:** 27(6), 421-430.

112. İnternet: Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD), "Menopause age",www.tjod.org, erişim:15.10.2022

113. Albayrak I, Aydogmus M, Ozerbil OM, Levendoglu F. The association between bone mineral density, quality of life, quality of sleep and fatigue. *Acta Clinica Belgica*,**2016**; 71: 92-8.

114. Polat, F., GEÇİCİ, F. Menopoz Dönemindeki Kadınların Gözüyle Menopoz: Nitel Bir Araştırma Örneği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care; **2021:** 15(4), 809-817.

115. Zıvdır P, Sohbet R. Menopozdaki kadınların suçluluk ve utanç duygularının yaşam kalitesine etkisi. *Med Sci.* **2017**; 12:1–9.

116. Erbaş, N., ve Demirel, G. Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi; **2017:** 4, 220-225.

117. Abdi F, Mobedi H, Roozbeh N. Hops for menopausal vasomotor symptoms: Mechanisms of Action. *J Menopausal Med*; **2016**: 22: 62-4.

118. J. Wong , A. Ghiasuddin , C. Kimata , B. Patelesio , A. Siu Pediatrik onkoloji hastalarında iyileştirici dokunuşun etkisi. *Integrative cancer therapies*; **2013**: 12(1), 25-30

119. Aibar-Almazána, A., Hita-Contrerasa, F., Cruz-Díaza, D., Torre-Cruzb, M., Jiménez-Garcíaa, J.D., Martínez-Amata A. Effects of Pilates training on sleep quality, anxiety, depression and fatigue in postmenopausal women: A randomized controlled trial. Maturitas; **2019:** 124, 62–67.

120. Sajadi M, Davodabady F, Ebrahimi-Monfared M. The effect of foot reflexology on constipation and quality of life in patients with multiple sclerosis. A randomized controlled trial. Arch Neurosci **2020**;7:e102591.

121. Ryu, E. J., Choi, S. E. The effects of auricular acupressure therapy on sleep disorder and fatigue in menopausal women. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing; **2020:** 31(4), 447-458.

122. Matthews, KA, Kravitz, HM, Lee, L., Harlow, SD, Bromberger, JT, Joffe, H., Hall, MH. Orta yaş yaşlanması kadınların uyku süresini, sürekliliğini ve zamanlamasını etkiler mi? Ulus Çapında Kadın Sağlığı Araştırmasından boylamsal bir analiz. Uyku, **2020:** 43 (4), 259.

123. Vahratian, A. Sleep duration and quality among women aged 40-59, by menopausal status. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, *National Center for Health Statistic,*. **2017;**1-6.

124. Vardar, O., Özkan, S., Sercekus, P. Postmenopozal kadınlarda uygulanan egzersiz programının uyku kalitesine etkisi. *Cukurova Medical Journal*, **2020;** 45(3): 1108-1114.

125. Özol, D., Özvurmaz, S. Yaşlı Hastalarda Uyku ve Uyku Bozuklukları. **(2018),** Bölüm, 31, 345-354.

126. Zolfaghari, S., Yao, C., Thompson, C., Gosselin, N., Desautels, A., Dang-Vu, T. T., Carrier, J. Effects of menopause on sleep quality and sleep disorders: Canadian Longitudinal Study on Aging. Menopause,**2020;** 27(3): 295-304.

127. Słopien, R., Wichniak, A., Pawlak, M., Słopień, A., Warenik-Szymankiewicz, A. ve Sajdak, S. Disturbances of sleep continuity in women during the menopausal transition. Psychiatr, **2015;**49, 615–623.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
113		9 Temmuz 2021

KARAR NO 46- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde, Doç. Dr. Ebru Gözüyeşil yönetiminde, Özlem Yalçınkaya tarafından yürütülmesi öngörülen, "Menopozal Dönem Kadınlarda Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesi ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Prof Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı
	Doç Dr Zehra Hatipoğlu Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
	Doktor Öğretim Üyesi Yasemin Saygıdeğer Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
	Av Sinay Sönmezateş Hukukçu Üye
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3461, Faks: 0322 338 67 22

Ek 2: İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni

	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	*Kod*	ARGE 1-FR-01
		Yayın Tarihi	08.10.2018
	SAĞLIK HİZMETLERİ, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	*Rev.No/Tarihi*	00/
		Sayfa	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2021/68	30.11.2021 153357064	01.12.2021	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/Sorumlu Araştırmacı "Dr. Öğretim Üyesi Ebru GÖZÜYEŞİL" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem YALÇINKAYA tarafından kurulumuza sunulan **"Menopozal Dönem Kadınlarda Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesi ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi "** isimli araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile **"KABUL"** kararı verilmiştir.

Komisyon Üyelerinin İmzası

Ek 3: Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı, bu çalışma menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisinin İncelenmesi amacıyla RKÇ olarak yürütülecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz aşağıdaki soruları cevaplandırmanız gerekmektedir. Veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL

Yüksek Lisans Öğrencisi: Özlem YALÇINKAYA

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma; menopozal dönem kadınlarda terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve yorgunluğa etkisinin İncelenmesiamacıyla yapılmıştır. Tüm bilgiler bilimsel değerlendirme dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....
2. Medeni durumunuz: ( )Evli ( )Bekar
3. Eğitim durumunuz: Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlköğretim ( ) Ortaokul ( ) Lise () Üniversite ve ↑
4. Çalışma durumunuz: ( ) Çalışıyor (Mesleğinizi belirtiniz)…… ( )Çalışmıyor
5. Gelir durumunuz: ( )Gelir giderden düşük ( )Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden fazla
6. Aile tipiniz: ( )Çekirdek Aile ( )Geniş Aile ( )Parçalanmış Aile
7. Sosyal güvenceniz var mı? ( )Evet ( ) Hayır
8. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet …adet……..günde b) Hayır
9. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet ……b) Hayır
10. Kronik bir hastalığınız var mı? a) Evet…… b) Hayır
11. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mıdır? a) Evet…….b) Hayır
12. İlk adetinizi kaç yaşında oldunuz? …….
13. Hiç doğum yaptınız mı? a) Evet…….b) Hayır
14. Menopoza girme yaşınız?.....
15. Menopoz süresi?.....
16. Menopoz ile ilgili bir bilgilendirme ya da eğitim aldınız mı?

Ek 4: Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ)

Piper Yorgunluk Ölçeğinde 24 maddeden oluşmaktadır sağlanan total skor 0-10 aralığında değişmektedir ve skor arttığında bireylerin yorgunluk seviyesinin de arttığı kabul edilmektedir. Aşağıdaki soruların her biri için sağlanan boş alanı lütfen doldurunuz.

1. Ne kadar zamandır yorgunluk hissediyorsunuz? Aşağıdaki seçeneklerden birini
işaretleyiniz.
1. Dakikalar 2. Saatler 3. Günler 4. Haftalar 5. Aylar 6. Diğerleri ……..
2. Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor?
Sıkıntıya neden olmuyor Pek çok sıkıntıya neden oluyor
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerini sürdürmenizi ne derece etkiliyor?
Engellemez Çok engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derece
engelliyor?
Engellemez Çok engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derece engelliyor?
Engellemez Çok engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derece
engelliyor?
Engellemez Çok engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini ve derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hafif Şiddetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş Hoş değil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Kabul edilebilir Kabul edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Koruyucu Yıpratıcı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Olumlu Olumsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Normal Anormal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Güçlü Zayıf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Uyanık Uykulu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Canlı Cansız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Dinlenmiş Yorgun

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Kuvvetli

Kuvvetsiz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Tahammül edilebilir Tahammül edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Rahat Gergin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Mutlu Mutsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Konsantre olabiliyorum Konsantre olamıyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Hatırlayabiliyorum

Hatırlayamıyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

İyi düşünebiliyorum İyi düşünemiyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Yorgunluğunuza doğrudan katkıda bulunan veya sebep olduğuna inandığınız en önemli neden nedir?

……

25. Yorgunluğunuzu azaltmak için bulduğunuz en iyi şey

……

26. Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek ister misiniz?

……

27. Şu an başka herhangi bir şikayetiniz var mı?

Hayır

Evet.

Lütfen

açıklayınız……

Peki siz yorgunluğunuzu nasıl tanımlarsınız?

Ek 5: Pittsburg Uyku Kalitesi Indeksi (PUKİ)

Aşağıdaki sorular yalnızca son bir haftaki uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız son bir hafta içinde gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

a. .....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

a. .....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

a. .....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecedeki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

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

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

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

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

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

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

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

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

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

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑ (f) Aşırı derecede üşüdünüz

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

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

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

(h) Kötü rüyalar gördünüz

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

(i) Ağrı duydunuz

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

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

…….

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

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

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

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

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

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

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne

kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

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

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

a)Hiç problem oluşturmadı b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu

c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu d)Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok

b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

d)Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadra

sıklıkta yaşadığınızı sorun

(a) Gürültülü horlama

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

(b)Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

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

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

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

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

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

(e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya↑

Ek 6: Terapötik Dokunma Uygulama Protokolü

I.	Oda düzeni ve havalandırılmasıyla kadının rahat etmesi sağlanır.
II.	İşlem uygulama yapılacak kadına açıklanır.
III.	Uygulama yapılan kadın sandalyeye rahat bir şekilde oturtulur; eğer oturamıyorsa yatağa uzanması sağlanır.
IV.	Uygulama yapılan kadına işlem boyunca konsantre olması bunu kolaylaştırmak için nefesine odaklanması söylenir.
V.	Uygulayıcı zihnini boşaltır ve duygularını sessiz, odaklanmış bir hale getirerek merkezlenlenme sağlanır.
VI.	Uygulama yapılan kadının tedavi olmasına yardımcı olmak için niyet edilir.
VII.	Enerji alanını değerlendirmek amacıyla kadının tüm vücudu uygulayıcının avuç içleriyle 2-4 inç (5-10 cm) uzaklıktan değerlendirilir.
VIII.	Enerji alanındaki dengesizlikleri temizlemek ve düzeltmek için sakin, nazik ve ritmik olarak süpürme hareketleri yapılır, enerji alanı dengelenene kadar devam edilir.
IX.	Tıkanıklıkların giderilmesi, akışın yeniden sağlamak için enerji modüle edilir.
X.	Enerji alanı tekrar değerlendirilerek, dengesizlik varsa aşamalar tekrarlanır.
XI.	Uygulama yapılan kadın topraklanarak, terapötik dokunma sonlandırılır.
XII.	Uygulama yapılan kadının dinlenmesi sağlanır ve geri bildirim alınır,

Ek 7: Mimik Dokunma (Sahte TD) Uygulama Protokolü

I.	Uygulama yapılacak kadına prosedür açıklanır ancak kadın kendisine uygulanan işlemin sahte terapötik dokunma olduğu konusunda bilgilendirilmez.
II.	Uygulayıcı merkezlenmez, merkezlenmeyi önlemek amacıyla uygulayıcı sayı sayma / içinden şarkı mırıldanma yöntemlerini kullanır.
III.	Uygulama yapılan kadına yardım etme niyeti ile niyetlenilmez.
IV.	Uygulama yapılan kadının enerji alanı değerlendirilmez ve eller vücuttan 7-8 inç (18-20 cm) uzakta hareket ettirilir.
V.	Eller TD'de olduğu gibi kullanılarak taklit edilir.
VI.	Uygulama sonunda kadın dinlendirilir, geri bildirim alınır.

Ek 8: Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli Katılımcı, Bu çalışma Menopozal Dönem Kadınlarda Terapötik Dokunmanın Uyku kalitesi ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi amacıyla yürütülmektedir. Tüm bilgiler bilimsel değerlendirme dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz. Bu çalışma için Çukurova Üniversitesi Etik Kurulundan izin alınmıştır.

Çalışmamızda size konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır. Çalışmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır.

İstediğiniz anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL Yüksek Lisans Öğrencisi: Özlem YALÇINKAYA

Ben,……..yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: …./……/……

Katılımcı

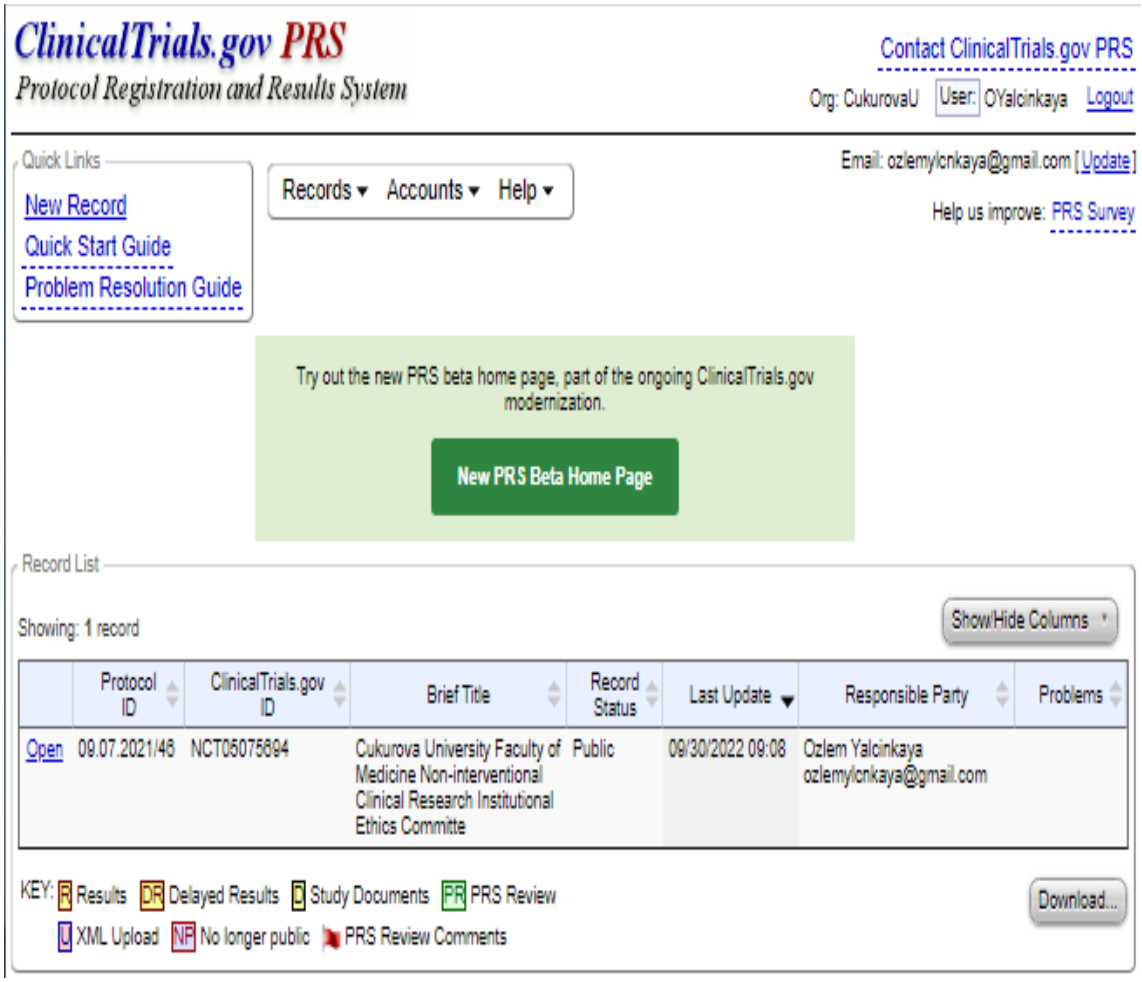
Adı Soyadı:

İmza:

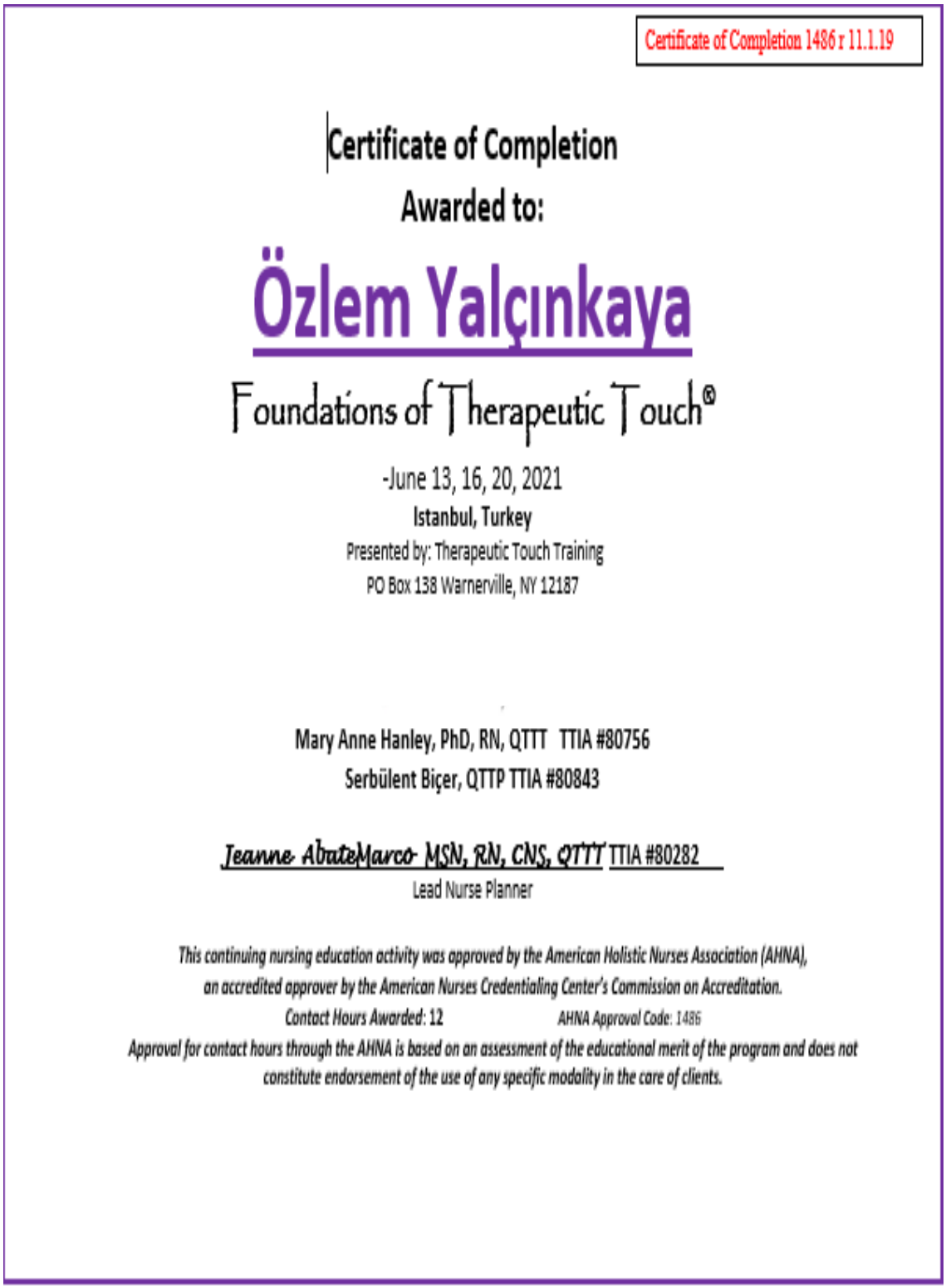
Adres:

Tel:

Ek 9: Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası



Ek 10: Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (1.Seviye)



Certificate of Completion 1486 r 11.1.19

Certificate of Completion

Awarded to:

Özlem Yalçınkaya

Foundations of Therapeutic Touch®

-June 13, 16, 20, 2021

Istanbul, Turkey

Presented by: Therapeutic Touch Training

PO Box 138 Warnerville, NY 12187

Mary Anne Hanley, PhD, RN, QTTT TTIA #80756

Serbülent Biçer, QTTP TTIA #80843

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

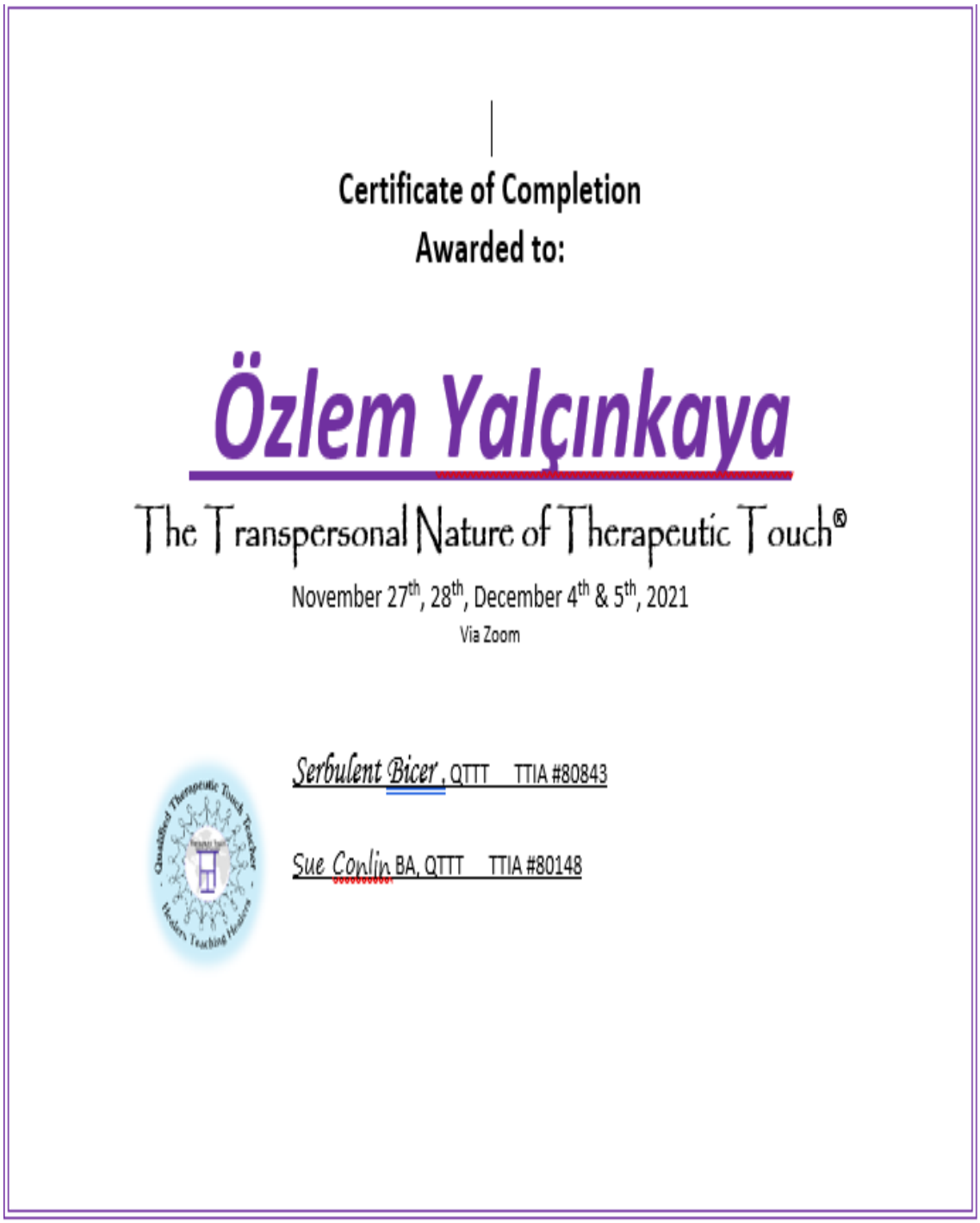
Lead Nurse Planner

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 11: Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (2.Seviye)



Certificate of Completion

Awarded to:

Özlem Yalçınkaya

The Transpersonal Nature of Therapeutic Touch®

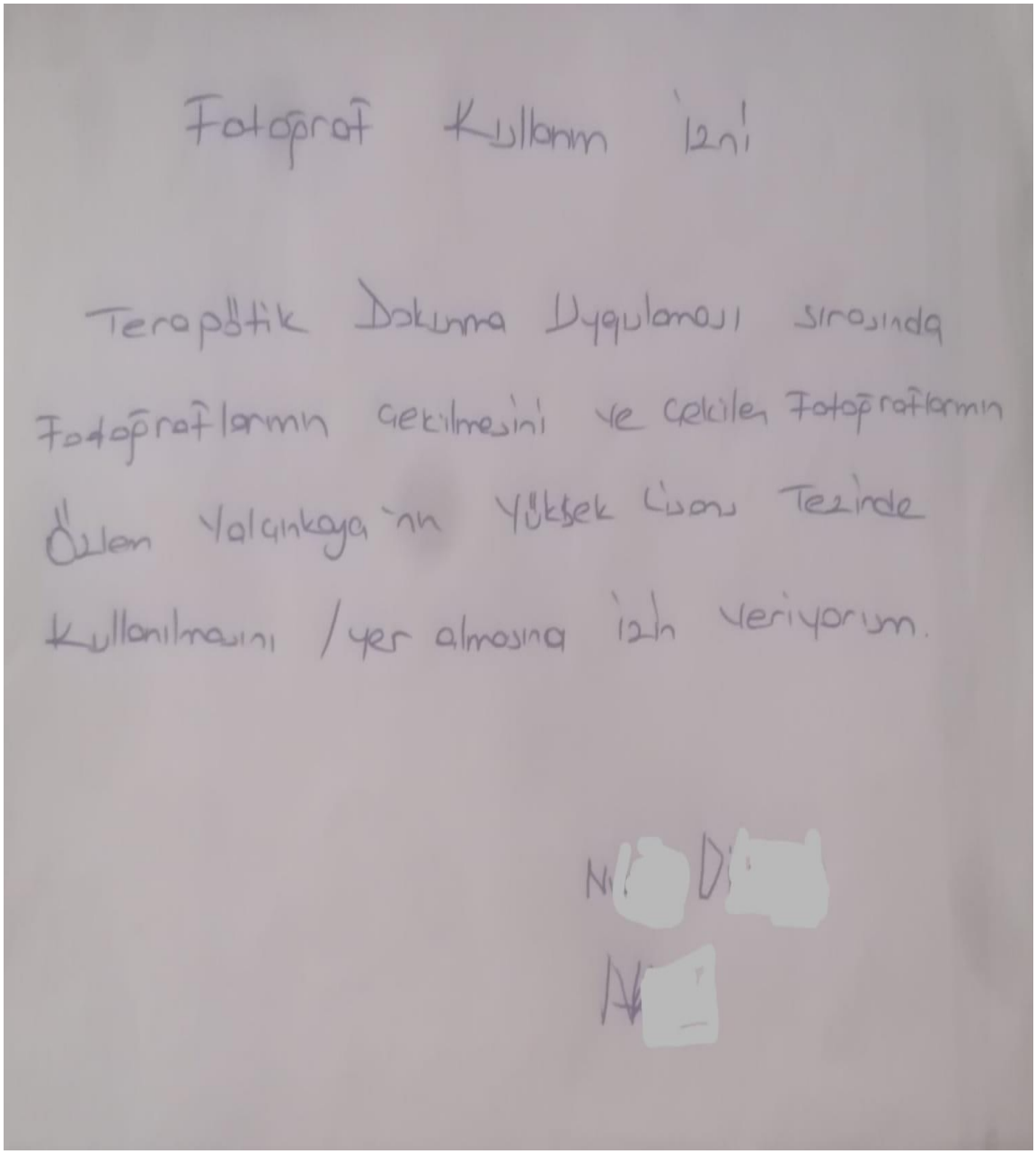
November 27th, 28th, December 4th & 5th, 2021

Via Zoom

Serbulent Bicer, QTTT TTIA #80843

Sue Conlin BA, QTTT TTIA #80148

Ek 12: Terapötik Dokunma Uygulaması Sırasında Çekiken Fotoğrafların Kullanım İzni



Ek 13: Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) Ölçek Kullanım İzni İzni

PROF.DR. GÜLBEYAZ CAN
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/İstanbul

Tarih: 06.08.2021

Sayın Özlem Yalçınkaya,

Piper Yorgunluk Ölçeğini çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda ölçeği kullanmanıza bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Gülbeyaz Can

Ek 14: Pittsburg Uyku Kalitesi Indeksi (PUKİ) Ölçek Kullanım İzni



ÖZGEÇMİŞ