



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA
HUZURSUZ BACAĞ SENDROMUNUN (HBS)
GÖRÜLME SIKLIĞI, YAŞAM VE UYKU KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hamide ALTUNDAĞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Ankara, 2017

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA
HUZURSUZ BACAĞ SENDROMUNUN (HBS)
GÖRÜLME SIKLIĞI, YAŞAM VE UYKU KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hamide ALTUNDAĞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Ankara, 2017

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Huzursuz Bacak Sendromunun (HBS) Görülme
Sıklığı, Yaşam Ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Hamide ALTUNDAĞ

Yüksek Lisans Tezi

30.Haziran.2017

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. SEVİL ŞAHİN

Jüri Üyeleri:

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayanın Adı Soyadı

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi beyan ederim.

30.06.2017

Hamide ALTUNDAĞ

“Canım aileme ve bende emeği olan herkese ithaf ediyorum.”

TEŐEKKÜR

Bilimsel ve akademik düşünceyi yaşam biçimi olarak algılamamı sağlayan, yüksek lisanstan bu yana her zaman beni destekleyen, bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden ve en önemlisi beni hiç yalnız bırakmadığı için değerli danışman hocam **Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN'e**

Tez çalışmasının istatistiksel değerlendirilmesinde danışmanlık ve destek sağlayan Hacettepe Üniversitesi İstatistik bölümünde görev yapan Sayın **Doç. Dr. Nursel KOYUNCU' ya,**

İstatistik analizler sırasındaki danışmanlığı, yardımları ve çalışmanın yazımı esnasında bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden değerli hocam **Öğr. Gör. Dr. Canan ALTUNDAĞ' a,**

Eğitimim boyunca desteğini yanımda hissettiğim kıymetli hocam **Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN' a,**

Bu zorlu ve yorucu süreçte sevgisini her zaman hissettiğim, hayatımın tüm aşamasında beni yalnız bırakmayan, beni destekleyen, yolumu bir mum misali aydınlatan başta Annem ve Babam olmak üzere hayatımda alışım her kararda bana sonsuz destek veren, üyesi olduğum için gurur duyduğum sevgili ailem; abilerim **Mehmet ALTUNDAĞ ve Murat ALTUNDAĞ'a,** yengelerim **Yeliz ALTUNDAĞ ve Canan ALTUNDAĞ'a,** yeğenlerim **Yusuf ALTUNDAĞ, İsmail ALTUNDAĞ ve Nisa ALTUNDAĞ' a**

Eğitim sürem ve tez çalışmam boyunca desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim, eğitim hayatım boyunca beni cesaretlendiren, destekleyen ve sabır gösteren çok değerli yol göstericim ablam **İlknur ALTUNDAĞ' a,**

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm katılımcı kadınlara ve Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoz polikliniği çalışanlarına ve hastane yönetimine,

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

Hamide ALTUNDAĞ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Menopoz Dönemi, Menopozun Tanımı ve Terminolojisi.....	4
2.1.1. Menopoz ile ilgili Tanımlar	5
2.1.2. Kadınların Menopozal Döneme Özgü Yaşadıkları Sorunların Dağılımı ve Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	6
2.1.3. Menopozda Tedavi Yöntemleri.....	9
2.1.4. Menopozda Hemşirelik Yaklaşımları	10
2.2. Huzursuz Bacak Sendromu	13
2.2.1. Huzursuz Bacak Sendromunun Tarihçesi	13
2.2.2. Huzursuz Bacak Sendromu Tanımı ve Kriterleri.....	14
2.2.3. Huzursuz Bacak Sendromu Tedavisi	18
2.3. Uyku Kavramı	20
2.3.1. Uyku Kalitesi	21
2.3.2. Menopoz ve Uyku Kavramı	22
2.3.3. Menopozal Dönemdeki Uykusuzluğa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	23
2.4. Yaşam Kalitesi Kavramı	24
2.4.1. Yaşam Kalitesi Kullanım Alanları ve Boyutları	24
2.4.2. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Yaklaşımları	26
3. MATERYAL VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Amacı	28
3.2. Araştırma Tipi	28
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Genel Özellikleri	28
3.4. Araştırmanın Evreni	29

3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	29
3.5.1. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri.....	29
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	30
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	30
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.8. Veri Toplama Araçları	31
3.8.1. Bireysel Bilgi Formu.....	31
3.8.2. Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri.....	31
3.8.3. Huzursuz Bacak Sendromu Şiddet Değerlendirme Ölçeği	32
3.8.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	33
3.8.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	34
3.9. Araştırmanın Uygulanması	35
3.10. Verilerin Ön Değerlendirmesi	36
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
4. BULGULAR	37
4.1. Huzursuz Bacak Sendromu Olan/Olmayan Kadınların Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.2. HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Verilerine Ait Bulguları.....	45
4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Verilerine Ait Bulgular	45
4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına Ait Bulgular	48
4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Verilerine Ait Bulgular	48
5. TARTIŞMA	51
5.1. Huzursuz Bacak Sendromu Olan/Olmayan Kadınların Bazı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.2. HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
5.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması	59

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar.....	61
6.2. Öneriler.....	64
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER	82
EK- 1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Alınan Yazılı İzin..	82
EK- 2. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan Alınan Yazılı İzin	83
EK- 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	84
EK- 4. Araştırmacı Tarafından Literatür Bilgilerine Uygun Hazırlanan Bireysel Bilgi Formu	85
EK- 5. Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri Formu.....	89
EK-6. Huzursuz Bacak Sendromu-Şiddet Değerlendirme Ölçeği	90
EK- 7. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi.....	91
EK- 8. Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	93
EK- 9. Özgeçmiş	98

ÖZET

Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Huzursuz Bacak Sendromunun (HBS) Görülme Sıklığı, Yaşam ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Araştırma, menopozal dönemdeki kadınlarda Huzursuz Bacak Sendromunun görülme sıklığı, yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Menopoz Polikliniğine başvuran ve HBS'li olan 256 ile HBS'li olmayan 359 menopoz dönemindeki toplam 615 kadın oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, "Bireysel Bilgi Formu", "Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri", "Huzursuz Bacak Sendromu-Şiddet Değerlendirme Ölçeği", "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi", "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 53.72 ± 5.92 yıl olup, %50.4'ünün HBS'li olduğu ve %46.8'inin ise HBS'li olmadığı belirlenmiştir. Araştırmadaki her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun ilkökul eğitim düzeyinde eğitim aldıkları, çoğunluğunun evli olduğu ve gelir getiren bir işte çalışmadıkları belirlenmiştir. Araştırmada HBS'li olan ve HBS'li olmayan grup karşılaştırıldığında; HBS farkındalığı, ailede HBS tanısı ve ailede HBS olan bireyler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). HBS'li olan kadınların %96.1'inin ve HBS'li olmayan kadınların %88'inin menopozda sağlık sorunları yaşadıkları ve bu sorunların çoğunluğunun sıcak basması sorunu olduğu belirlenmiştir. HBS'li olan ve olmayan iki grup Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında uyku kalitesi, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt ölçek puanları HBS'li olan grupta istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha kötü olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Benzer şekilde HBS'li olmayan kadınların yaşam kalitesinin HBS'li olanlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Özellikle HBS'li olan ve olmayan kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon ($p = 0.00$), fiziksel-rol sınırlamaları ($p = 0.00$), ağrı ($p = 0.00$) genel sağlık algısı ($p = 0.00$), enerji ve zindelik ($p = 0.00$), sosyal fonksiyonellik ($p = 0.00$) ve mental-rol ($p = 0.00$) alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Huzursuz Bacak Sendromu, Menopoz, Yaşam ve Uyku Kalitesi

ABSTRACT

Prevalence and Effect of Restless Legs Syndrome on Quality of Life and Sleep Quality in Menopausal Women

This is a descriptive and comparative study to determine prevalence and effect of the Restless Legs Syndrome (RLS) on quality of life and sleep quality in menopausal women. Study sample consisted of a total of 615 menopausal women presented to the Menopause Polyclinic, including 256 women with RLS and 359 women without RLS. Data collection instruments included "Personal Information Form", "Restless Legs Syndrome Diagnostic Criteria", "Restless Legs Syndrome Rating Scale", "Pittsburgh Sleep Quality Index" (PSQI) and "SF-36 Health-Related Quality of Life Survey". One-Sample Kolmogorov-Smirnov test was used for pre-assessment of data. Women in the study had a mean age of 53.72 ± 5.92 years. Out of these women, 50.4% had RLS and 46.8% had no RLS. Majority of women in both study groups were married, primary school graduates and had no revenue-generating business. Comparison of groups with RLS and without RLS revealed statistically significant differences between the groups in terms of RLS awareness, diagnosis of RLS in the family and family members with RLS ($p < 0.05$). It was determined that 96.1% of women with RLS and 88% of women without RLS experienced health issues, particularly hot flush, during the menopause. Both groups were compared in terms of Pittsburgh Sleep Quality Index scores and it was found out that the group with RLS had statistically significant lower scores in sleep quality, subjective sleep quality, sleep latency, sleep duration, habitual sleep efficiency and sleep disturbance subscales ($p < 0.05$). Similarly, it was determined that quality of life of women without RLS was better than those with RLS ($p < 0.05$). There were statistically significant differences in physical functioning ($p = 0.00$), physical role functioning ($p = 0.00$), bodily pain ($p = 0.00$), general health perceptions ($p = 0.00$), vitality ($p = 0.00$), social role functioning ($p = 0.00$) and mental health ($p = 0.00$) subscales of the Quality of Life Survey for women with and without RLS.

Keywords : Menopause, Quality of Life and Sleep Quality, Restless Legs Syndrome

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HBS	: Huzursuz Bacak Sendromu
IRLSSG	: Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu
NIH	: Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health)
RLS	: Restless Legs Syndrome
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Ölçeği
PSQI	: Pittsburgh Sleep Quality Index
HRT	: Hormon Replasmanı Tedavisi
WHI	: Kadın Sağlığı İniyatifi
WHOQOL	: World Health Organization – Quality of Life
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
LH	: Lüteinizan Hormon
E2	: Östradiol
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
N	: Birey Sayısı
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
REM	: Hızlı Göz Hareketleri (Rapid Eye Moment)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DM	: Diabetes Melitus
HT	: Hipertansiyon
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KF-36	: Kısa Form-36
TSH	: Tiroid Stimule Edici Hormon

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Reprodüktif yaşlanmanın evreleri.....	5
Tablo 2.2.	HRT kullanım tablosu.....	10
Tablo 3.1.	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.1.	HBS'li olan/olmayan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	37
Tablo 4.2.	HBS'li olan/olmayan kadınların HBS farkındalıkları ve ailede HBS tanılarına göre dağılımı	38
Tablo 4.3.	HBS'li olan/olmayan kadınların bazı alışkanlıklarına göre dağılımı ...	39
Tablo 4.4.	HBS'li olan/olmayan kadınların menopoza döneminde yaşanan sağlık sorunları ve ilaç kullanım durumlarının dağılımı	41
Tablo 4.5.	HBS'li olan/olmayan kadınların menopoza yönelik durumlarının dağılımı	43
Tablo 4.6.	Kadınların HBS şiddet değerlendirmelerinin dağılımı	45
Tablo 4.7.	Kadınların uyku kalitesi puanlarının dağılımı	46
Tablo 4.8.	HBS'li olan/olmayan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ortalama puanlarının dağılımı	46
Tablo 4.9.	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutları puan dağılımı	47
Tablo 4.10.	HBS'li kadınların hastalık şiddetine göre uyku kalitesi puanlarının dağılımı	48
Tablo 4.11.	HBS'li olan/olmayan kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanlarının dağılımı	48
Tablo 4.12.	Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının ortalama puanlarının dağılımı	49

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan, bebeklikten başlayan, çocukluk, ergenlik dönemleri ile ilerleyen ve yetişkinlik dönemi ile devam eden bir süreç ile yaşamını sürdürür. Bu süreç kadın ve erkek için bazı evrelerde farklılaşabilir. Örneğin menopoz dönemi kadınlara özgü oldukça önemli bir dönemdir (1, 2).

Overlerin foliküler aktivitelerini yitirmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlaması menopoz olarak tanımlanır (3). Menopoz sözcüğü, Yunanca Mens (ay) ve pause (durmak) sözcüklerinden türetilmiştir. Dünya genelinde eski çağlardan bu yana görülme yaşının irksal özelliklerle ve çevresel faktörlerle değişmediği kabul edilmekte ve 45-55 yaş olarak bildirilmektedir (3-5). Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda ise menopoza girme yaşının 45 ile 50 arasında değiştiği bildirilmektedir (6-10). Türkiye nüfus sağlık araştırmaları 2013 sonuçlarına göre Türkiye’de 48-49 yaşlarındaki kadınların %49.1’inin postmenopozal dönemde olduğu bildirilmektedir (11). Bu da kadınların yaşam süreçlerinin üçte birini menopoz ve menopoz sorunlarıyla geçirmesi anlamına gelmektedir (1, 2, 12).

İnsan yaşamında bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik dönemlerinin kendine özgü fiziki ve duygusal özellikleri olduğu gibi menopoz dönemi de kendine özgü özellikler içerir. Bu dönem kadınlarda yaşlılığa geçişin en önemli başlangıç noktasıdır. Çünkü menopoz; hormon dengesinin değişmesi sonucu overlerden androjen hariç steroidlerin salgılanmasının azalması, östrojen yapımının yavaş yavaş azalarak amenoreye varması ile oluşur. Buna bağlı olarak kadınların % 50'sinde psikolojik, fizyolojik ve davranışsal değişiklikler görülmekte, beden ve ruh sağlığı değişmektedir. Beden sağlığının etkilenmesi ile bazı hastalıklara karşı çok daha duyarlı olma arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu hastalıklardan biri de Huzursuz Bacak Sendromudur (HBS) (2).

HBS ilk kez 1685 yılında Thomas Willis tarafından tanımlanmıştır (13). Ekbom tarafından 1945 yılında huzursuz bacak sendromu’nun ilk vaka bildirimini yapılmıştır (14). HBS; akşamları ve çoğunlukla geceleri artan, hareketle azalan, dinlenmekle kötüleşen, bacaklarda daha şiddetli olmak üzere ekstremitelerde şiddetli,

hoşa gitmeyen, sevimsiz duyuların (parestezi ve dizestezi vb.) olduğu sensorimotor bir bozukluktur. Semptomlar genellikle bacaklarda, nadiren de kollarda, iki taraflı, simetrik, çoğunlukla geceleri oluşur ve uzun süreli hareketsizlik durumlarında kötüleşip, hareket ile düzelir (15).

Yapılan araştırma sonuçlarına göre, toplumda huzursuz bacak sendromunun görülme sıklığı ortalama %10-15 arasında değişmektedir (14, 16, 17). HBS semptomları ile doktora başvuran hastaların çoğu orta ve ileri yaştadır. Ancak olguların %35-45'inde şikayetler 20 yaş öncesinde başlamaktadır (18, 19). Yapılan başka bir çalışmada ise HBS semptomlarının ortalama başlangıç yaşınının 27 olduğu ancak hastaların %13'ünde semptomların 10 yaşından önce ortaya çıktığı belirtilmiştir (20). HBS'nin herhangi bir yaşta başlayabildiği fakat patofizyolojik mekanizmaları halen açık olmasa da, kadın cinsiyetin hastalık için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Epidemiyolojik çalışmaların çoğunda HBS'nin kadınlarda yaklaşık 2 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (21-26).

HBS'nin toplumlar arasındaki prevalans farkının; genetik, etnik, coğrafi faktörler, beslenme gibi nedenlerden mi kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir. HBS'nin sık görülmesine rağmen hastalar tarafından yeterince ifade edilmemesi, ayırıcı tanısının yapılamaması ve hekimler tarafından az bilinmesi nedenleri ile HBS teşhis edilememektedir. Hakkında çok daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulan bu hastalığın menopozal dönemde olan kadınlardaki etkilerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Hastalığın etyopatogenezi tam olarak henüz ortaya konulamamış olsa da, hastaların dopaminerjik tedaviye olumlu cevap vermesi hastalığın santral sinir sistemi kökenli dopamin ve demir azlığına bağlı olabileceğini düşündürmüştür. HBS ile uyku bozuklukları ve yaşam kalitesi arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir (27). Araştırmalar HBS'nin uykuyu, kognitif fonksiyonları ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği göstermiş olup medikal tedaviyi gerektirecek kadar rahatsızlık verici olduğu tespit edilmiştir (26, 28-32). Ayrıca menopoz dönemindeki bir kadının uyku kalitesi onun yaşam kalitesini de etkiler. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi daha öznel yönleri içerir. Toplumda erişkin bireylerin %15-35'inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozuklukları bulunmaktadır (33, 34). Menopozal dönemdeki kadına hizmet veren

hemşirelerin bu dönemdeki Türk kadınlarında uyku ve yaşam kalitesinin nelerden etkilenebileceğini bilmesi; bireyin yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, menopoz, kronik hastalık durumu gibi özelliklerini değerlendirerek bireysel hemşirelik bakımı ve danışmanlık sunması önemlidir (31, 32, 35). Bu bağlamda menopoz döneminde HBS'nin görülme sıklığının yaşam ve uyku kalitesi üzerine herhangi bir etkisinin olup olmadığının araştırılması literatüre yeni kaynaklar eklemek adına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma; menopozal dönemdeki kadınlarda HBS'nin görülme sıklığı, yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz Dönemi, Menopozun Tanımı ve Terminolojisi

Günümüzde yaşam standartlarının giderek yükselmesi ile birlikte yaşam süresinde de belirgin bir artış olmuştur. Kadınlar ve erkekler toplum içerisinde bir arada yaşayarak hayatlarına devam etmek zorundadırlar. Birlikte yaşadıkları bu süreç içerisinde, yaşam dönemlerinden de birlikte geçerler (6). Tarihin her döneminde kadın hayatında önemli bir yere sahip olan menopoz, demografik dönüşüm sonucu doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ile önemini daha da arttırmıştır (36). Gelişmiş ülkelerde kadının yaşam süresi yaklaşık 80 yıl olup bunun 33 yılı menopoz döneminde geçmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2014 verilerine göre; doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için toplamda 78, erkeklerde 75.3 ve kadınlarda 80.7 yıldır. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuştan beklenen yaşam süresi farkı 5,4 yıldır (7). Dolayısıyla her kadın menopozal döneme ulaşabilmekte ve yaşamının çok önemli bir bölümünü bu dönemde geçirmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre menopoz; ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (3). Diğer bir deyiş ile menopoz son adet kanamasıdır. Üreme döneminin sonları ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasında olan menopoz, kadın yaşamının en önemli noktalarından birisidir (10, 12). Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda menopoza girme yaşının 45 ile 50 arasında değiştiği bildirilmektedir (37-41). Kadının doğurganlık özelliğinin kaybolması olan menopoz, kadının fizyolojik yaşlanmasına gösterilebilecek en iyi örnek olup, alt sınırı 65 yaş olarak kabul edilen yaşlanmaya göre çok daha erken yaşta olmaktadır (37).

Menopoz, adet in on iki ay boyunca olmaması olarak tanımlandığından dolayı ancak geriye dönük olarak konulabilecek bir tanıdır. Bu süre içinde veya önceden tespit edilmesinde kullanılacak bir biyolojik belirteç yoktur. Menopoz tanısı kan testleri ile konulan bir tanı değildir, çünkü adetler tam olarak kesilmediği sürece Folikül Stimulan Hormon (FSH), Lüteinizan Hormon (LH) ve östradiol (E2) seviyeleri çok değişkendir ve kadınların yakınmaları da çoğu zaman hormon seviyeleri ile korelasyon göstermez (42, 43).

2.1.1. Menopoz ile ilgili Tanımlar

Menopoz, klimakteryum içerisinde bir nokta olarak kabul edilen ve üzerinden ortalama bir yıl geçtikten sonra tanı konulabilen en son adet kanamasının özel ismidir. Üreme döneminin sonları ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasında olan menopoz, kadın yaşamının en önemli noktalarından birisidir (10, 12).

Tablo 2.1. Reprodüktif yaşlanmanın evreleri.

Evreler	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
Terminoloji	Reprodüktif			Menopozal Geçiş		b	Postmenopozal	
	Erken	Tepe	Geç	Erken	Geç ^a		Erken ^a	Geç ^a
	Premenopoz			Perimenopoz				
Süre	Değişken			Değişken			1 yıl	4 yıl
Menstrual siklus	Değişken ya da düzenli		Düzenli	Değişken siklus uzunluğu	c	b	12 ay amenore	Yok
Endokrin	Normal FSH ^d		Artmış FSH ^d	Artmış FSH ^d			Artmış FSH ^d	

a: sıklıkla vasomotor semptomlar eşlik eder

b: son menstrual siklus (menopoz)

c: 2'den az olmak kaydıyla atlanan sikluslar, kanama olmadan geçen süre

60 günden az olmak kaydıyla

d: Folikül Stimülant Hormon

Kadınların reprodüktif dönemlerini sınıflandırmak için bir araya gelen bir grup klinisyen ve araştırmacının yaptığı Reprodüktif yaşlanmanın evreleri çalışması'nda (STRAW), menopoz öncesi ve sonrası dönemde kadınların menstrual kanama ve hormonal değişiklikleri ve perimenopozal dönemdeki durumları açıklanmıştır (20). Reprodüktif yaşlanmanın evreleri Tablo 2.1.'de gösterilmiştir (44).

Menopozdan önceki bir kaç yılda overlerdeki az sayıda folikülü uyarmak için hipofizden Folikül Stimülant Hormon (FSH) salınımı artar. Ancak overlerin FSH'a direnci artar ve FSH düzeyindeki artışa rağmen her siklusta ovulasyon olmayabilir. Bu durum östrojen düzeyi ve buna bağlı olarak progesteron düzeyinde dalgalanmalara, menstrual siklusta düzensizliklere neden olabilir. Hormon düzeylerindeki bu dalgalanmalar erken postmenopozal dönemde de devam eder ve menopozun erken dönem semptomlarının ortaya çıkmasında önemli bir role sahiptir (45).

Perimenopozal dönem, menopoz ve çevresindeki zaman veya menopoza yakın zamanlar olarak tanımlanabilir. Yani menopoz öncesindeki mensrül siklus düzensizliklerinin başladığı dönem ile postmenopozal 1. yıl sonunda biten dönem kastedilmektedir. Postmenopozal dönem, erken ve geç olmak üzere iki dönemden oluşur. Menopoza girdikten sonraki ilk 5 yıl erken postmenopozal dönem, erken postmenopozal dönemin bitmesinden sonraki yıllar ise geç postmenopozal dönem oluşturmaktadır. Reprodüktif dönemin perimenopozal dönemden önceki zaman dilimi (mensrül siklusta değişiklik olmadan önceki kısım) premenopozal dönem olarak tanımlanmaktadır (45).

Son mensrül kanamanın 40 yaşından önce olmasına erken menopoz denir. Erken menopoz, kendiliğinden olabildiği gibi cerrahi ve tıbbi müdahaleler sonucu da olabilmektedir. Erken menopozun kendiliğinden ortaya çıkmasına prematür ovaryan yetmezlik denilmektedir. Çoğunlukla idiopatik olup, diğer nedenleri arasında otoimmün hastalıklar, metabolik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır. Sigara içenlerde ve ailesinde erken menopoz hikayesi olanlarda daha sık görülmektedir. Cerrahi ya da tıbbi müdahaleler sonucu oluşan menopoz ise premenopozal dönemde bilateral ooferektomi, kanser tedavileri ve radyoterapi sonucu gelişebilmektedir (46).

2.1.2. Kadınların Menopozal Döneme Özgü Yaşadıkları Sorunların Dağılımı ve Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

Menopozal dönemlerde birtakım fizyolojik değişiklikler görülür. Menopozal dönemlerde görülen değişikliklerin başlıca nedenleri; overlerin yaşlanması ve foliküler atreziye bağlı olarak fonksiyonel özelliklerini kaybetmesidir. Foliküler atrezi yaşamın ilk yıllarında başlar ve menopoza kadar devam eder. Foliküller, pubertede 380-400 bin civarında iken 40'lı yaşların başlangıcında 8000'e kadar iner. Östrojenlerin primer üretim yeri olan foliküllerdeki bu azalma, E2 düzeyinde de azalmaya ve bununla ilişkili olarak FSH artmasına yol açar. Bu artmayla birlikte birçok folikül aynı zamanda gelişir ve östradiol seviyesi normale ulaşır. Fakat foliküler faz ve dolayısıyla siklus süresi hafifçe kısalarak ilk adet düzensizlikleri başlamış olur. Menopoz yaşına gelindiğinde, ovarial foliküllerin tamamen tükenmesi ile ovulasyon

durur, östrojen salgılanmaz ve overlerde atrofi görülür. Üreme çağı proliferasyon fazı değerlerine göre FSH 13 kat, LH 3 kat artmıştır. Sonuç olarak üreme siklusu ortadan kalkar ve menopoza ortaya çıkar (47).

Menopozal döneme geçiş dereceli olarak başlar ve her kadında ayrı özelliklerle karakterizedir. Geç dönemlerde ya da 40'lı yaşların ortasında gizli semptomlarla ortaya çıkabildiği gibi, kadında menstruasyonun kesilmesine ek olarak bazı fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle de kendini gösterebilir (48). Menopoz dönemine giriş zamanının erken veya geç oluşunda bazı faktörler etkili olmaktadır.

Çalışan kadınlar ve sigara içen kadınlar menopoza erken girerken, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum yapmış, bekar veya boşanmış kadınlarda menopoza daha geç görülmektedir. Menopozu başlatan biyokimyasal uyarı tam olarak bilinmemektedir. Kadınlarda gonadal yaşlanmada prenatal oosit sayısı, folikül ömrü, oosit rezervi önemlidir. Ovulasyon sıklığı 40' lı yaşlarda azalmakta ve süreci takiben 15 yıl içinde ovaryan üreme fonksiyonları genellikle kaybolmaktadır. Bununla birlikte serum östradiol seviyesi düşmekte, FSH konsantrasyonu artmaktadır ancak LH'ta değişiklik olmayabilmektedir (48).

Menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunlarından vazomotor semptomlar ve duyu durum değişiklikleri gibi semptomlar perimenopozal dönemde ortaya çıkmakta ve erken postmenopozal dönemin sonlarına kadar devam edebilmektedir. Ürogenital sistemdeki atrofik değişiklikler sonucu oluşan bazı ürogenital sistem hastalıkları, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar ise postmenopozal dönemde zaman içinde yerleşen sağlık sorunlarından (45).

Vazomotor Semptomlar: Kadınların menopoz döneminde hekime en sık başvuru nedeni vazomotor semptomlardır ve bu dönemin en spesifik semptomları olan vazomotor semptomlar; sıcak basması ve gece terlemeleridir. Bu semptomlara ek olarak; baş dönmesi, başarı, çarpıntı, nefes darlığı, bulantı vb. görülebilmektedir (49).

Psikolojik Semptomlar: Perimenopozal dönemde, sinirlilik, anksiyete ve gerginlik, irritabilite, depresyon, uykusuzluk, bellek kaybı, yorgunluk, cinsel istekte azalma, değişken ruh hali, hafıza ve konsantrasyon sorunları gibi çeşitli psikolojik semptomlar görülebilir. Hormonal değişikliklerin yanında sosyal hayatta ortaya çıkan

olumsuz değişimler de kadınların bu dönemde daha kırılgan olmasına ve psikolojik semptomların ortaya çıkmasına yol açabilir (36, 50).

Ürogenital Atrofiye Bağlı Semptomlar: Vulva, vajen, üretra ve mesane trigonunun embriyolojik yakınlıkları olup çok sayıda östrojen reseptörü içerirler. Postmenopozal dönemde östrojen düzeyindeki önemli azalma ile bu organlarda atrofi meydana gelebilir. Genital atrofiler, vajinal kuruluk, dispepsi, üretral sendrom, ciltte kuruluk, saç dökülmesi vb. görülebilmektedir (51).

Osteoporoz: Kemik dokusunun mikro yapısının bozulmasıyla seyreden kemik kitlesindeki azalma olarak tanımlanmaktadır. Postmenopozal dönemde, östrojen ve progesteronun dolaşımdaki seviyelerinin belirgin ölçüde düşüşü, kemik resorbsiyonunda artmaya, negatif kalsiyum dengesine ve kemik hacminde kayba neden olur. Hastalığın klinik tanısı kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi (T-skoru - 2.5'in altında ise osteoporoz) ya da kemiklerde kırık hikayesi ile konur (52,53). Postmenopozal dönemin ilk 5 yılında kemik kaybı çok hızlı olup daha sonraki süreçte yavaşlamaktadır. Osteoporozda tedaviye ne kadar erken başlanırsa o kadar çok kemik kitlesi korunabilir. Düzenli egzersiz yapmak, kalsiyum ve vitamin D bakımından dengeli bir beslenme osteoporozun önlenmesinde çok önemlidir (54).

Kardiyovasküler Hastalıklar: Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha ileri yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Reprodüktif dönemdeki kadınlarda östrojenin kardiyoprotektif etkisi menopoz sonrasında ortadan kalkmaktadır. Bundan dolayı kardiyovasküler hastalıklar postmenopozal kadınlarda oldukça sık görülmektedir (55). Postmenopozal dönemdeki kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların daha ileri yaşlarda ortaya çıkması ve genellikle ortaya çıktığı dönemlerde ek risk faktörlerinin var olması kadınlarda bu hastalıkların prognozunun daha kötü olmasına yol açabilmektedir (56).

2.1.3. Menopozda Tedavi Yöntemleri

2.1.3.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Menopozla birlikte olan hipoöstrojenizm, postmenopozal semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Menopozal semptomların tedavisinde, yalnız östrojen veya östrojen progesteron kombinasyonları tüm dünyada 1990'lı yıllardan bu yana kullanılmaktadır (57).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) başlanmasının ana nedenleri sıralandığında; menopoz semptomlarının rahatlatılması, osteoporozun önlenmesi ve tedavi edilmesi, kalp damar hastalığının morbidite ve mortalitesinin önlenmesi, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterolde azalma, kalın bağırsak kanseri riskini azaltması, ürogenital sistemde östrojen eksikliği sonucu oluşan atrofik semptomların giderilmesi, uzun dönemde alzheimer hastalığının önlenmesi olarak belirtilmektedir. HRT devamlı ya da siklik olarak yapılabilmektedir. Siklik formunda ayda bir düzenli adet olurken, devamlı kullanımda düzensiz kanama yaşanabilmektedir. Histerektomi olmuş kadınlarda östrojen tedavisi uygulanırken, diğer kadınlarda HRT Tablo 2.2.'de olduğu gibi kullanılmaktadır (58).

HRT'nin oral formunun karaciğer ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeyine olumlu etkilerinden dolayı kardiyovasküler sistem hastalıklarına karşı koruyucu etkisi olduğu bildirilmektedir. Ancak karaciğer sorunları olan kadınlar transdermal formlarını kullanabilirler. 2002 yılında yapılan Kadın Sağlığı İnisiyatifi (WHI) çalışma raporuna göre; HRT'nin uzun süreli kullanımında meme kanseri, serebrovasküler hastalıklar ve inme riskinin arttığı bildirilmiştir. WHI, kalp hastalıklarının tedavi ve önlenmesi için HRT kullanılmamasını önermektedir. Kardiyovasküler hastalıkların oluşma riski olan kadınlarda yaşam tarzı değişiklikleri ve lipid düşürücü ajanlar kullanılması tavsiye edilmektedir. HRT kullanacak kadınlara en düşük dozu alması ve 5 yıldan fazla kullanmaması gerektiği belirtilmelidir (57, 58). Kullanım süresine, endojen ve eksojen birçok faktöre bağlı olarak HRT kullanan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır. Aile öyküsü, erken menarş, geç menopoz, gebe kalmama, oral kontraseptif kullanmama gibi faktörlerin biri ya da birkaçının birleşmesi nedeniyle meme kanseri oluşabilmektedir. Ayrıca bulantı, kusma, düzensiz vajinal kanama ve memelerde hassasiyet oluşturabilmektedir (57, 58).

Tablo 2.2. HRT kullanım tablosu.

Tablet	Yama (Patch)	Jel	Nazal sprey	İmplant
Yalnızca östrojen ya da progesteronla kombine	Yalnızca östrojen ya da progesteronla kombine	Yalnızca östrojen	Yalnızca östrojen	Yalnızca östrojen
Günlük alım	Haftada bir ya da iki kez	Günde bir kez	Günde bir ya da iki kez	Altı aylık

2.1.3.2. Alternatif Yöntemler

Bitkisel Kaynaklı Hormonlar; Bitkisel östrojenler (Fitoöstrojenler), Black Cohosh (Kara Yılan Otu), Dong Quai (Melek Otu), Evening Primrose (Aksam Çuha Çiçeği).

Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar; Egzersiz, Yoga, Gevşeme teknikleri, Diyet, Hormon Dışı Tedaviler (Antikonvülzan ilaçlar, E vitamini, Kalsiyum Preparatları, Bifosfanatlar) (8, 58).

2.1.4. Menopozda Hemşirelik Yaklaşımları

Menopoz döneminde kadının sağlık bakımının istendik düzeye yükseltilmesi için sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin; kadınların sağlık sorunlarının saptanması ve bu sağlık sorunlarının giderilmesinde eğitici, danışman ve destekleyici roller üstlenmesi gerekmektedir. Menopozal dönemdeki hemşirelik yaklaşımı, dikkatli tanılamayı, destekleyici tartışmayı ve eğitimi içine almalıdır (47). Menopoz dönemine özgü yaşanan sorunlar ve baş etme yolları hakkında bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamaları düzeltmek için sağlık eğitimi planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bazı gelişmiş ülkelerde sınırlı sayıda da olsa alanında uzmanlaşmış personelin çalıştığı menopoz klinikleri mevcuttur. Hemşireler menopoz dönemindeki kadınlara bu klinikler aracılığıyla hizmet vermektedir. Bununla birlikte hemşirelik işlevlerinin planlanıp uygulanması kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi için önemli ve gereklidir. Bu amaca yönelik hemşirelik işlevleri (8, 58-61):

Vazomotor Değişikliklerle Baş Etme Yolları:

- Kalabalık ve sıcak ortamlardan uzak durması
- Alkol, kahve, çay ve sıcak içecekler, baharatlı yiyeceklerden uzak durması
- Heyecan ve stresten uzak kalması
- Sıcak basmasını kontrol etmesi (örn: sakin ve rahat bir yerde oturup gözlerini kapatarak, soğuk su içinde yüzdüğünü hayal etmek, karda yalınayak yürümek, gibi)
- Sıcak basması sırasında vantilatör, duş almak, vücudun belli yerlerine buz parçaları uygulamak gibi teknikleri kullanması
- Gece uyurken oda sıcaklığının normal (18°C civarında) olmasını sağlaması
- Düzenli olarak E vitamini alınması
- Düzenli olarak egzersiz yapması
- Isınma duygusu sırasında kolay çıkarılabilecek giysiler giyilmesi
- Rahat bir yere oturarak derin ve yavaş nefes alıp vermesi (8, 58-61).

Derideki Değişikliklerle Baş Etme Yolları:

- Günde en az 8 bardak su içmesi
- E, B, A ve C vitamini ağırlıklı beslenmesi
- Yağlı kremlerle cilt bakımı yapması
- Sigaradan uzak durması
- Güneşten korunması
- Ilık su ile banyo yapması
- Banyo yağı kullanması
- Sık sık nemlendirici krem kullanması
- Sabun yerine nemlendirici temizleyiciler kullanması
- Pamuklu giysiler tercih etmesi
- Lekeleri yok etmek için lazer, dondurma tekniği veya elektrik akımı gibi teknikleri kullanması
- Tüyenme için lazer veya epilasyon tercih etmesi
- Farklı saç kesimleri kullanması (8, 58-61).

Üro-genital Sistem Değişiklikleriyle Baş Etme Yolları:

- Genital hijyenine dikkat etmesi
- Konstipasyonun önlenmesi
- Günde 8-10 bardak su içmesi
- C vitamini, kızılçık, kuşburnu (idrarnın asiditesini artıran) ve yoğurt tüketmesi
- Cinsel ilişki öncesi ve sonrası 1 bardak su içmesi
- Eşler arasında iletişimin artırılması
- Ön sevişme için yeterli zamanın ayrılması
- Duyarlı dokuların dikkatli uyarılması
- Suda çözünen kayganlaştırıcı ve nemlendiricilerin kullanılması
- Seksüel pozisyonlarda değişikliklerin yapılması
- Perineal kas tonusunun artırılması için kegel egzersizlerinin yapılması
- Düzenli seksüel aktivitenin sürdürülmesi (8, 58-61).

Kas – iskelet ve Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleriyle Baş Etme Yolları:

- Kalsiyum ve D, E, B vitamininden zengin beslenmesi
- Düzenli egzersiz yapması
- Yağlı karbonhidratlı besinlerden kaçınması
- Yemeklerde sıvı yağ ve özellikle zeytinyağı tüketmesi
- Sebze ve meyve ağırlıklı beslenmesi
- Protein kaynağı olarak bitkisel proteinleri ve beyaz et tüketmesi (8, 58-61).

Emosyonel Değişikliklerle Baş Etme Yolları:

- B,C ve E vitaminden zengin beslenmesi
- Kendisine sıkıntı yaratan durumları listeleyip çözmesi
- Yeni uğraşlar bulması
- Düzenli egzersiz yapması
- Dinlenmek için kendine zaman ayırması
- Kişisel bakımına önem vermesi
- Sigara, alkol gibi kötü alışkanlıklardan uzak durması
- Stresi azaltma teknikleri kullanması
- Düzenli uyuması
- Uyumadan önce aklına bir konu veya sorun getirmemesi (8, 58-61).

Merkezi Sistem Değişiklikleriyle Baş Etme Yolları:

- Beyin jimnastiği yapması
- Küçük not defteri taşıması
- Dinlenmek için kendine zaman ayırması
- Düzenli uyuması
- B,C ve E vitaminden zengin beslenmesi
- Sigara, alkol gibi kötü alışkanlıklardan uzak durması
- Doymuş yağlardan uzak durması (8, 58-61).

Kadınların beklenen yaşam süresinin uzaması, menopozal yakınma ve menopozun alevlendirdiği sağlık sorunları yaşam kalitesini ve süresini olumsuz etkilemektedir (47). Dışa dönük ve duygusal olarak dengeli kişilik özelliği gösteren kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadıkları saptanmıştır (62, 63).

2.2. Huzursuz Bacak Sendromu

2.2.1. Huzursuz Bacak Sendromunun Tarihçesi

“Restless legs syndrome” (RLS) terimi ilk kez İsveçli nörolog ve beyin cerrahı Karl- Axel Ekbom tarafından 1945 yılında kullanılmıştır. Bu duruma “Ekbom Sendromu” olarak da atıfta bulunulmuştur (14, 64, 65). Ekbom RLS’yi tanımlarken, şimdiye kadar gözden kaçmış, bacaklarda tuhaf parestezi, ağrı ve güçsüzlük olarak tanımlanmıştır (66).

Ekbom klinik özellikleri detaylı bir şekilde tanımlamasına rağmen, HBS yüzyılın ikinci yarısında büyük oranda ihmal edilmiştir. HBS tanı kriterlerinin net olarak belirlenmesi ancak 1995 yılında mümkün olabilmiştir (67). 1995 yılında “Uluslararası HBS Çalışma Grubu (International Restless Legs Syndrome Study Group=IRLSSG)” tarafından tanı için gerekli kriterler ve hastalarda genellikle görülen özellikler belirlenmiştir. 2003 yılında ise “Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health=NIH)” tarafından tanı standardizasyonu için gerekli kriterler tekrar düzenlenmiştir. Günümüzde tanıda bu kriterler halen kullanılmaktadır (67-69).

2.2.2. Huzursuz Bacak Sendromu Tanımı ve Kriterleri

HBS, Willis-Ekbom hastalığı olarak da bilinen, bacakları hareket ettirme dürtüsü ile karakterize, genellikle rahatsız edici duyular ve uyku bozukluğunun eşlik ettiği kronik bir hareket bozukluğudur (70). HBS; akşamları ve çoğunlukla geceleri artan, hareketle azalan, dinlenmekle kötüleşen, bacaklarda daha şiddetli olmak üzere ekstremitelerde şiddetli, hoş gitmeyen, sevimsiz duyuların (parestezi ve dizestezi) olduğu sensorimotor bir bozukluktur (71). Semptomların çoğunlukla bacaklarda, nadiren de kollarda, iki taraflı görülmesi, semptomların dinlenme sırasında, uzun süreli hareketsizlikte ve gece uykunun başladığı saatlerde başlaması ve gün içinde kaybolması HBS için karakteristik bulgulardır. Hastalar yatakta bacaklarını salladıkları zaman, kalkıp yürüdüklerinde veya bacaklarını yataktan aşağı doğru sarkıttıklarında rahatladıklarını ifade ederler (71-73). HBS'li hastalar, karakteristik olarak semptomlarını tarif etmekte güçlük yaşamaktadırlar (70). HBS tanısı klinik sorgulama ve değerlendirmeye dayansa da gerekli durumlarda laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden de faydalanmak mümkündür. Nörolojik muayene genellikle normal olup HBS'nin kesin tanısı için IRLSSG tarafından geliştirilen kriterlerin bulunması gerekmektedir (73). HBS herhangi bir yaşta başlayabilmektedir fakat en fazla orta ve ileri yaşlarda görülmekte ve kronik ilerleme göstererek ömür boyu sürmektedir. HBS semptomları ile doktora başvuran hastaların çoğu orta ve ileri yaştaadır. Ancak olguların %35-45'inde şikayetler 20 yaş öncesinde başlamaktadır (18, 19).

Literatürde HBS'nin görülme sıklığı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir (72). Olguların çoğuna tanı konulamadığı için hastalığın görülme sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. Epidemiyolojik çalışmalara göre HBS toplumun %1-15'inde görülebilmektedir (74). Ekbom'un orijinal yayınında prevalans %5 olarak bildirilmiştir (22). Avrupa'dan bildirilmiş en düşük prevalans %3,19 ile Türkiye'dendir (23). HBS erişkin popülasyonda prevalansı %6-15 arasında, çocukluk ve adölesan döneminde ise prevalans %2 civarındadır (75). Erken dönemde semptomlar genellikle hafif seyirliken, yaşla birlikte şiddetlenmekte ve 50-60 yaşlarında tedavi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır, özellikle yaşlılarda (65 yaş ve üzeri) daha sık karşımıza çıkmaktadır. Yetmiş yaş üstündeki popülasyonda ise prevalans %8,7-19 olarak bildirilmiştir (19). Bilgi eksikliği sebebiyle HBS hala atlanabilen veya

yanlış tanı konulan bir hastalıktır (37, 70, 76). Uyku problemlerine paralel olarak HBS sıklığının kadınlarda daha fazla (yaklaşık iki kat) ve semptomların daha şiddetli olduğu bulunmuştur. Ancak bunu açıklayacak kesin bir neden bulunamamıştır (47, 59, 68, 71, 27, 77-80). Etiyolojisine bağlı olarak HBS primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır (32).

Primer HBS: Primer ya da idyopatik HBS, sekonder forma yol açtığı bilinen tüm klinik durumların olmadığı formdur. Laboratuvar, nörolojik, nörofizyolojik, nöroradyolojik testler normaldir. İdyopatik form tüm HBS olgularının %70-80'ini oluşturmaktadır. Bu hastalarda herediter geçiş dikkat çekicidir. İdyopatik HBS'li olguların 1. derece akrabalarında yaklaşık %50-70 oranında hastalığın görülebildiği ve kadınların daha çok etkilendiği bildirilmiştir (81, 82).

Sekonder HBS: Çeşitli klinik durumların HBS'ye yol açabildiği bilinmektedir. Bu sekonder sebeplerin ortak noktası olan demir metabolizması bozukluğu, HBS gelişiminde önemli bir etkidir (83). Bu klinik durumların düzelmesi veya tedavi edilmesi ile HBS semptomları azaltılabilmekte bazı olgularda ise tam remisyona sağlanabilmektedir (84). Sekonder HBS nedenleri;

Nörolojik Hastalıklar

- Polinöropati
- Lumbosakral radikülopati
- Amiyotrofik Lateral Skleroz
- Multiple Skleroz
- Parkinson hastalığı
- Poliomyelit

Diğer Hastalıklar

- Demir eksikliği anemisi
- Vitamin B12 ve folik asit eksikliği
- Diyabetes mellitus
- Üremi
- Amiloidozis
- Gastrektomi

- Kanser
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Periferik vasküler hastalıklar
- Romatoid artrit
- Hipotiroidizm

İlaç ve Kimyasal Maddeler

- Kafein
- Nöroleptikler
- Sedatif ve narkotiklerin kesilmesi
- Lityum
- Kalsiyum antagonistleridir.

Semptomatolojisinde en bariz olay; semptomların gece vakitlerinde başlaması, çoğu hastada uykuyla beraber devam etmesi, bacak sallama veya yataktan inip yürümekle semptomların hafiflemesidir. Bu sirkadiyen ritmi sağlayan en önemli faktörün santral sinir sisteminde dopamin sirkülasyonu olduğu, HBS'li hastalarda striato-nigral dopaminerjik sistem ve beyinde demir metabolizmasında bozukluk olduğu iddia edilmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun dopaminerjik ve demir tedavisinden yarar görmesi, HBS'li hastaların beyin-omurilik sıvılarında kontrol gruplarına göre ferritin oranının düşük, transferrin oranının yüksek bulunması; beyinde demir seviyesinin azalması sonucu dopaminerjik disfonksiyon geliştiği ve semptomların bundan kaynaklandığını göstermektedir (63, 73).

HBS hastalarında tek maliyet etkin test, semptom şiddetiyle ters orantılı olan, serum ferritin düzeyidir (66, 85). Birçok çalışmada serum ferritin düzeyinin demir eksiliğinin en iyi göstergesi olduğu, ferritin düzeyi ile HBS arasında anlamlı ters bir ilişki olduğu bildirilmiş olup kan ferritin düzeyleri düşük olanlarda HBS'nin daha şiddetli hissedildiği tespit edilmiştir. Bu nedenle HBS tedavisinde dopaminerjik tedaviye demir takviyesinin faydalı olacağı bildirilmiştir (31).

Demir dopamin sentezi için hız kısıtlayıcı enzim olan tirozin hidroksilazın kofaktörüdür. Demir eksikliğinde normal dopamin sentezi bozulur. Demir ve dopaminin her ikisi de sirkadiyen bir ritm gösterirler ve HBS semptomlarının

kötüleştığı gece vakti seviyeleri en düşük düzeydedir. Ayrıca HBS hastalarının genelde yaşlı olmaları, bu kişilerin düşük demir depoları ve düşük ferritin seviyelerine sahip olması, HBS'ye predispozisyon oluşturan üremi ve gebelik gibi durumların azalmış demir depolarıyla seyretmesi, demirin etyopatogenezdaki önemini göstermektedir. (72, 79, 86, 87).

HBS ile uyku bozuklukları arasında da yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. HBS, insomnia, uykuya başlama ve sürdürmede zorluk, gece sık uyanma, sabah erken uyanma, gün içerisinde yorgunluk ve uykusuzluk hissetme ile birlikte görülebilmektedir (31, 72, 88). HBS ağrı, dinlendirici olmayan uyku, gündüz uyku hali ve konsantrasyon bozuklukları yaratan bir hastalıktır (89).

HBS tanısı klinik sorgulama ve değerlendirmeye dayansa da gerekli durumlarda laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden de faydalanmak mümkündür. Nörolojik muayene genellikle normal olup HBS'nin kesin tanısı için, IRLSSG tarafından geliştirilen kriterlerin bulunması gerekmektedir (73). 1995 yılında Walters ve ekibinin, IRLSSG adına yaptığı çalışmanın sonucunda HBS tanı kriterleri yayınlanmış, bu kriterler 2002 yılında IRLSSG tarafından tekrar gözden geçirilerek, 2003 yılında HBS tanı kriterleri ile birlikte HBS şiddet değerlendirme ölçeği şeklinde yayınlanmıştır (87, 90, 91). Destekleyici kriterlerin varlığı HBS tanısının konulma olasılığını daha da artırmaktadır. Ancak hastalığın kesin tanısının konulabilmesi için dört temel kriterin tamamının karşılanması gerekmektedir (73, 92).

HBS Tanı Kriterleri

Esas Kriterler;

- Uzuvlarda (özellikle bacaklarda) ortaya çıkan hoşça gitmeyen hisler ya da rahatsızlık hissi ile birlikte hareket ettirme isteği olması,
- Hoşça gitmeyen hisler ya da hareket ettirme isteğinin yatma ya da oturma, gibi hareketsizlik dönemleri sırasında başlaması ya da kötüleşmesi,
- Hoşça gitmeyen hisler veya hareket ettirme isteğinin yürüme, ovalama, sallama gibi hareketlerle en azından aktivite devam ettiği sürece kısmen veya tamamen iyileşmesi,
- Semptomların akşam veya geceleri gündüze göre daha kötü olması ya da akşam veya geceleri ortaya çıkmasıdır (87).

Destekleyen Kriterler;

- Dopaminerjik tedaviye olumlu yanıt,
- Periyodik ekstremite hareketleri (uyanırken veya uykuda),
- Otozomal dominant kalıtımı düşündürülen ailede HBS öyküsüdür.

Huzursuz Bacak Sendromu Destekleyici Klinik Bulgular;

- Aile hikayesinin pozitif olması (%40-50 olguda otozomal dominant geçiş),
- Dopaminerjik tedaviye yanıt,
- Periyodik ekstremite hareketleri (uyanırken veya uykuda),
- Nörolojik muayenenin normal olması,
- Uyku bozukluğu ve buna bağlı semptomlar,
- Doğal klinik gidiş (hafif formlarda semptomların azalıp, şiddetlenmesi ile dalgalı gidiş, orta ve ileri derece formlarda progressif gidiş) tir.

2.2.3. Huzursuz Bacak Sendromu Tedavisi

HBS, toplumda sık görülmesine rağmen her hastanın farmakolojik yöntemler ile tedavi edilmesine gerek yoktur. Tedavi planını belirleyen en önemli kriter, kişinin uyku kalitesi veya yaşam kalitesindeki bozulmanın derecesidir. HBS'nin tedavisini farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak ikiye ayırmak mümkündür.

2.2.3.1. Farmakolojik Tedavi

HBS'de farmakolojik tedavinin ilk basamağını dopaminerjik ajanlar oluşturmaktadır. Tedavi seçenekleri semptomların sıklık ve şiddetine göre düzenlenmektedir (70, 93, 94).

HBS'nin dopaminerjik tedavisi dopamin agonistlerinden oluşmaktadır. HBS'nin tedavisi için kullanılan ilk dopaminerjik ajan levodopadır. Levodopanin etkinliği randomize kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir. HBS tedavisinde kullanılan levodopanin günlük dozları 100 mg ile 300 mg arasındadır ancak yüksek dozlarda augmentasyon görülme riski artmaktadır. Diğer dopamin agonistlerinin etkinliği levodopadan daha fazladır ve bu ilaçlarla augmentasyon daha az görülmektedir.

Ancak, bulantı, kan basıncında düşme, baş dönmesi gibi dopaminerjik yan etkiler levodopa ile daha az görülmektedir (60, 70, 92, 95-97).

HBS tedavisinde opioidler dopaminerjik ajanlara yanıt alınmadığında kullanılmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda oksikodon ve propoksifenin tedavide etkin olduğu bulunmuştur. Opioidlerle bağımlılık riski minimaldir fakat kronik opioid tedavisiyle uyku apnesi kötüleşebilmektedir (92, 98).

Demir destek tedavisi HBS tedavisinde önemli bir yer tutmasına rağmen yeterli sayıda hastayla yapılan kontrollü çalışmaların sayısı azdır. Mevcut çalışmalarda gösterilmiştir ki demir parametreleri normal olan hastalara demir destek tedavisi önerilmemelidir (92, 99).

HBS'nin artmış sensörimotor eksitabilite ile beraber olduğu düşünüldüğünde antikonvülzanların tedavide etkin olacağı düşünülebilir. Ancak şimdiye kadar hiçbir antikonvülzan HBS tedavisi için FDA onayı almamıştır. Yine de HBS semptomlarına ağrının eşlik ettiği ve polinöropati ile ilişkili durumlarda tedavide pregabalin gibi antikonvülzanların etkinliği gösterilmiştir (92, 98).

2.2.3.2. Non-farmakolojik Tedavi

HBS bazı yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun farmakolojik tedavilerle kontrol altına alınabilir (38, 39, 131). Hastalara alkol, kafein ve sigara kullanımından kaçınma, günlük egzersiz, uyku hijyeni, gevşeme teknikleri gibi önerilerde bulunulmalıdır (65, 100-103).

Non-farmakolojik tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin etkinlikleri ile ilgili çalışmalar yetersizdir. 12 haftalık randomize bir çalışmada egzersizin (haftada 3 kez yapılan aerobik kondisyon programı) HBS semptomlarında belirgin azalmaya neden olduğunu göstermiştir (86). HBS'li hastalar, uykusuzluğun önlenmesi için iyi bir uyku hijyenine sahip olmalı; akşam geç saatlerde kafein, alkol almamalı ve ağır yemekler yememelidir. Anektodal olarak yatmadan önce yapılan sıcak bir banyonun, konsantrasyon gerektiren bazı işlerle meşgul olmanın, bacaklara soğuk veya sıcak olarak yapılan bazı uygulamaların da hastalardaki semptomları azalttığı ortaya

konulmuştur. Son zamanlarda kognitif davranışçı terapinin de etkili olduğu söylene de bu konuyla ilgili halen yeterli çalışma yoktur (95).

2.3. Uyku Kavramı

İnsan biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel gereksinimleri olan bir varlıktır. Uyku sağlıklı yaşamın en önemli ihtiyaçlarından biri olan fizyolojik gereksinimlerden biridir. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerin karşılanmasına bağlıdır. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (47, 87).

Uyku; bireyin duygusal ya da başka uyaranlarla, uyandırılabilceği bir bilinçsizlik durumudur ya da organizmanın çevre ile iletişiminin geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesi durumudur. Patofizyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen kompleks ve fizyolojik bir olaydır (47). Uyku, canlı organizmanın dünya ile duygusal ve motor ilişkilerinin hemen tamamen yok olduğu, doğal ve geriye dönüşlü bir kayıtsızlık halidir (47, 79, 80).

Uyku 4 basamaktan oluşur;

1. *Basamak:* Uyku ile uyanıklık arası dönemdir.
2. *Basamak:* Hafif uyku dönemidir.
3. *Basamak:* Delta basamağı da denir. Derin uyku basamağıdır.
4. *Basamak:* Hızlı göz hareketleri anlamına gelen REM (Rapid Eye Moment) dönemidir.

Gecenin ilk yarısı delta uykusundan, ikinci yarısı REM uykusundan zengindir (47). Bedensel dinlenme delta basamağında, ruhsal dinlenme REM döneminde gerçekleşir. Uyku fonksiyonu, yaşam süresi boyunca nicel ve nitel olarak değişimlere uğrar. Yeni doğmuş bir bebek günde 22 saate kadar uyurken, daha ileri yaşlarda uyku süresi azalır ve yaşlılıkla birkaç değerli saate kadar düşebilir. Uyku süresi genetik etkenlerle kişiden kişiye 4-11 saat arasında değişim göstermektedir. Yaş ilerledikçe toplam uyku süresi giderek azalır, yüzeysel ve kesintili olur. 45 yaş sonrası 7 saat uyku normal kabul edilir (47, 87).

Uyku sanıldığı gibi organizmanın işlevlerinde pasif bir yavaşlama ve sessizliğe geçiş durumu değildir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi etkin (aktif) bir süreçtir ve karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir. Uykuda beyin etkin olarak çalıştığı, nörofizyolojik bir toparlanma ve onarım yapıldığı, uyanırken öğrenilenleri ayıklama ve depolama, beyin korteksinde uyanıklık için etkin hazırlanma süreçlerinin olduğu da ileri sürülmektedir (98, 104). Uyku bozukluğu eskiden beri bir rahatsızlığın belirtisi olarak bilinmekteydi. Son 40 yılda başlı başına bir rahatsızlık, bir sendrom olan uyku bozuklukları üzerinde çalışmalar hızlanmıştır (47).

Uykuyu etkileyen risk faktörleri;

Hemşirenin bu faktörlerden hangisi ya da hangilerinin hastasında var olduğunu saptaması gerekmektedir.

Rahatlık Derecesi: Fizyolojik gereksinimlerin yeterince karşılanmaması uyku bozukluğuna neden olur.

Yaşam Dönemleri: Yaşlılık, menopoz, adölesan dönem, gebelik uyku sorunlarına neden olabilir.

Anksiyete: Çevre ve aile yaşam ve diğer stresörler nedeniyle yaşanan anksiyete, uykusuzluğa neden olabilir.

Çevre: Işık, ısı, koku, hava akımı, gürültü, yatağın, yastığın rahatsızlığı uykuyu etkileyebilir.

Yaşam Biçimi: İş yaşantısı, aile yaşantısına bağlı nedenlerle, uykudan önce aşırı bedensel ve zihinsel egzersiz uyku sorunları yaratabilir.

Diyet: Ağır yemek, çikolata, kola, kahve uyku düzenini bozabilir.

İlaç ve Diğer Maddeler: Birçok ilaç, nikotin, alkol gibi nedenler ajitasyon, uykusuzluk, yorgunluk gibi yan etkilere neden olarak uyku kalitesini bozabilir.

Fiziksel Faktörler: Aile çevresinin kaybı, ağrı, rutinlerin kaybı, korku, endişe bilinmezlik gibi faktörler uyku sorununa neden olabilmektedir (47, 91, 105).

2.3.1. Uyku Kalitesi

Uykunun, uyku periyodu süresi, toplam uyku süresi, uyku latensi, uyku düzeni gibi farklı yönleri bulunmaktadır. Bunlardan biri de uyku kalitesidir. Günümüzde uyku

kalitesi, klinik uygulamalarda ve uyku ile ilgili araştırmalarda üzerinde önemle durulan bir kavramdır. Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi, tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesi güç olan karışık bir fenomendir. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi daha öznel yönleri de içerir. Toplumda erişkin bireylerin %15-35’inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozukluklar bulunmaktadır. Uyku kalitesi iki önemli nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olmasıdır. İkincisi ise, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabileceğidir. Uyku kalitesinin tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesinin güç olduğu bilinmektedir (87, 106).

2.3.2. Menopoz ve Uyku Kavramı

Menopoz kadın hayatında fiziksel değişimler kadar, psikolojik ve sosyal değişimlerin de yaşandığı ve bazı sağlık sorunlarının ortaya çıktığı yaşam evrelerinden en uzun olanıdır. Yaşla birlikte değişen hormonlar da uykuyu etkilemektedir. Östrojen, uykuya geçişi kolaylaştıran ve uykunun hızlı göz hareketleri anlamına gelen REM fazını hem sayı hem de süre olarak arttıran bir hormondur. Dolayısıyla postmenopozal kadınlarda uykuya geçiş süresi uzadığı gibi, uyku esnasında alınması gereken REM fazı süresi kısalır ve kadın kendini yorgun hissederek uyanır. Ayrıca menopozdaki östrojen çekilmesi, düzenli uykuda önemli rolü olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına da neden olabilmektedir (98, 107, 108).

Menopoz semptomları overlerin giderek işlevini yitirmesi sonucunda ortaya çıkan değişik derecelerde somatik ve psikolojik değişikliklere bağlı gelişir. Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptomlardan ikisi vazomotor değişiklikler ve uykusuzluk-yorgunluktur (78, 79, 98, 107). Uyku güçlüğü menopozal dönemdeki kadınlarda sıcak basması ve gece terlemesiyle ilişkili olduğu için sıcak basmasını etkileyen faktörler aynı zamanda uykusuzluğu da etkileyen faktörler arasındadır. Bu risk faktörleri; perimenopozal ve postmenopozal dönemde olmak, cerrahi menopoz, sigara içmek, alkol kullanmak, beden kitle indeksinin (BKİ) yüksek

olması, daha az fiziksel aktivite yapmak, depresyon, stres, alınan kafein miktarı ve zamanı, kronik hastalığın varlığı, kullanılan ilaçlar, yaşam biçimi, sevdiği kişilerin kaybı gibi faktörlerdir (78, 87).

2.3.3. Menopozal Dönemdeki Uykusuzluğa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Menopozal dönemde görülen en önemli yakınmalardan biri uykusuzluktur. Bu nedenle hemşirenin uykusuzluğa neden olan risk faktörlerini gözden geçirerek gerekli danışmanlık ve bakım hizmetlerini belirlemesi gerekmektedir. Uykusuzluğun tedavisinde ilaç uygulamasından önce gevşeme teknikleri, ılık banyo, davranış tedavisi yöntemleri denenmelidir (60). Öncelikle menopozal dönemde uyku güçlüğü yakınmaları tespit edilmelidir. Uykusuzluğa neden olan belirgin bir ruhsal ya da organik neden varlığında uygun tıbbi tedavinin alınması konusunda yol gösterici olunmalıdır. Daha sonra uykusuzluğa neden olabilecek risk faktörleri belirlenerek, bu faktörlerin (stres, ateş basması ve gece terlemesi) ortadan kaldırılmasına yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. Hemşirelerin diğer önemli bir görevi ise menopozal dönemdeki kadınlarda uyku hijyenine yönelik eksik ya da yanlış uygulamaların düzeltilmesini sağlamaktır (47, 98).

Uyku hijyeni ile ilgili genel ilkeler;

- Uyuyabilmek için hemen ilaca sarılmamak,
- Geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları vaktinde kalkarak günlük yaşama geçmek, gündüz uyumamak,
- Akşam yemekten sonra alkol, kolalı içecekler, kahve, çay ve sigaradan kaçınmak,
- Uyku vaktinden birkaç saat önce bedensel egzersizler yapmak, fakat uyku vaktinden önce 1-2 saat yorucu hareketlerden kaçınmak,
- Yatak odasını; uyku dışında çalışmak, TV seyretmek gibi eylemler için kullanmamak,
- Akşam ağır yemekler yememek,

- Uyumak için yatınca ve uyku tutmayınca, uykuya geçmek için kendini zorlamamak, kalkarak rahatlatıcı, fazla hareket gerektirmeyen, az çok tek düzeliği olan bir uğraşta bulunmak, heyecan verici TV programlarından ya da kitaplardan kaçınmaktır (73, 98).

2.4. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür (80). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkilidir. Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine verilen önem insandan insana farklılık göstermektedir (80, 109, 110).

2.4.1. Yaşam Kalitesi Kullanım Alanları ve Boyutları

DSÖ, yaşam kalitesini bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemleri ve hedefleri, standartları ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesinin pek çok bileşeni vardır; sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik gibi bu birçok unsur insanların kaliteli yaşamını oluşturmaya yardımcı ve bütüncül düşünülmesi gereken kavramlardır (79).

- DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır (110, 111).

Fiziksel Sağlık

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

Psikolojik Durum

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Kendine güven
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

Bağımsızlık Düzeyi

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu
- Çalışma kapasitesi

Sosyal İlişkiler

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

Çevresel Özellikler

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

Maneviyat İle İlgili Özellikler

- Ruhsal/dinsel/kişisel inançlardır.

Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar;

- Bireyin ekonomik ve sosyal güvence içinde olması
- Bireyin güven içinde yaşaması
- Bireyin rahatlık ve gereken konfora sahip olması
- Bireyin anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması
- Bireyin yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içerisinde olması
- Bireyin eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması
- Bireyin itibar görmesi
- Bireyin otonomisinin olması
- Bireyin mahremiyetine değer verilmesi
- Bireyin kendini ifade edebilmesi
- Bireyin fonksiyonel olarak yeterli olması
- Bireyin huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesidir (73, 80, 105, 108).

Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar;

- Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
- Beden imgesinin değişmesi, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlik
- Akut sağlık sorunlarıdır.

2.4.2. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Menopozal dönemdeki yaşam kalitesi; kadının, menopoz ile birlikte gelen değişiklikler ve şikayetler ile ne derece baş edebildiği ve bu geçiş döneminde kendi yaşamına ilişkin doyumunu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir (35, 47). Hangi

değişimlerin yaşam kalitesini etkilediğini, hangi özgül olayların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde bozulmaya yol açtığını anlamak menopozal dönemdeki kadınlara yardımcı olabilmek açısından önemlidir. Yapılan çalışmalar bazı kadınların menopozal dönemde daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Duygusal olarak hassas olan ve kötü yaşam deneyimleri olan kadınlar, perimenopozal dönemde yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi açısından yüksek risk altındadır. Bu dönemde yaşam kalitesini etkileyen başka faktörler olduğu bilinmesine rağmen bunlardan hangilerinin menopoza özgü olduğu açık değildir. Postmenopozal orta ve uzun dönemde osteoporoz ve osteoporotik kırıklar, kardio vasküler hastalıklar, ürogenital semptomlar yaşam kalitesini kötü yönde etkilemektedir. Bazen de tüm bu semptom ve hastalıkların tedavisi ve komplikasyonları yaşam kalitesini etkilemektedir (80, 112, 113).

Menopozal dönemde yaşam kalitesi ve menopozal yakınma oranının kadının; yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli jinekolojik kontrole gitmesi, doğum sayısı gibi birçok değişkenden etkilendiği bilinmektedir. Menopozal dönemdeki kadına hizmet veren hemşirelerin bu dönemdeki tüm kadınlarda yaşam kalitesinin nelerden etkilenebileceğini bilmesi; bireyin yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, menopoz, kronik hastalık durumu gibi özelliklerini değerlendirerek bireysel hemşirelik bakımı ve danışmanlık hizmeti sunması önemlidir (35).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, menopozal dönemdeki kadınlarda huzursuz bacak sendromunun görülme sıklığı, yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

3.2. Araştırma Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Genel Özellikleri

Araştırma, etik kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra Zekai Tahir Burak Hastanesi'nde Temmuz 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 501 yataklı olup kadın sağlığı ve doğum üzerine faaliyet gösteren Ankara'nın en büyük hastanesidir. Menopoz Polikliniği 1991 yılından beri 19 yıldır kesintisiz hizmet veren bir polikliniklerdir. Hastanenin D blok zemin katında yer alan menopoz polikliniğinde; 3 adet muayene odası, 1 ultrason odası, 1 diyetisyen odası, 1 psikolog odası, 1 fizyoterapist ve fizik tedavi uzmanı odası olmak üzere toplam 7 odada randevu verilmeksizin başvuran her hastaya aynı gün hizmet verilmektedir.

Perimenopoz ve menopoz dönemi ile uyumlu şikâyeti olan tüm hastalar polikliniğe başvurabilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Zekai Tahir Burak Hastanesi'ne Temmuz 2015- Temmuz 2016 tarihleri arasında Menopoz Polikliniğine başvuran menopoz dönemindeki tüm kadınlar oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Evren bilinmiyorken örnekleme formülü aracılığı ile %95 güven ve 0.05 duyarlılıkla aşağıdaki formüle göre hesaplamalar yapılmıştır.

$$\text{Formül: } n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

d: Duyarlılık (0.05)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.5)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (0.5)

Yapılan hesaplamalar sonucunda örnekleme alınacak minimum birey sayısı (n) 400 olarak belirlenmiştir. Araştırma sonucunda ortaya çıkabilecek eksik verilerin araştırmanın geçerliğine, güvenilirliğine zarar vereceği ve hata oranını yükselteceği düşünüldüğünden anket uygulaması 630 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

3.5.1. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Bir yıl süreyle menstruasyon görmeyerek doğal yolla menopoza girmiş olan,
- Total Abdominal Histerekomi (TAH-BSO) yapılarak cerrahi yolla menopoza girmiş olan,
- DSÖ' nün yaşlılık sınırı olarak kabul ettiği 65 yaşını aşmamış olan,

- İşıtsel veya zihinsel bir engeli olmayan,
- Belirlenen tarihler arasında hastaneye başvuran,
- İletişime ve işbirliğine açık, çalışmaya katılmaya istekli ve yazılı onamları olan kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri, Huzursuz Bacak Sendromu-Şiddet Değerlendirme Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenlerindedir.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, ekonomik durumu algısı, HBS farkındalığı, ailede HBS tanısı olma, ailede HBS tanısı olan birey, sigara ve kahve kullanımı, sigara ve kahve tüketim sayısı, spor yapma, sürekli hastalık ve ilaç kullanma durumu oluşturmaktadır. Ayrıca menopoz şekli, menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları, menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları için yapılan uygulamalar, menopoza yönelik tedavi alma araştırmanın diğer bağımsız değişkenleridir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan yazılı izinler alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın uygulama alanı olan Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan gerekli izinler alınmıştır (Ek-2). Anket formu uygulanmadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, katılımları için onam formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir (Ek-3).

Katılımcılara hem onam formundaki hem de araştırmada kullanılan anket formundaki özel bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.8. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak;

- Araştırmacı tarafından literatür bilgilerine uygun hazırlanan (80,90,114-119) Bireysel Bilgi Formu (Ek-4)
- Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri (Ek-5)
- Huzursuz Bacak Sendromu-Şiddet Değerlendirme Ölçeği (Ek-6)
- Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (Ek-7)
- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-8)

olmak üzere toplam beş form kullanılmıştır.

3.8.1. Bireysel Bilgi Formu

Bu form; iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm; bireysel özelliklere ilişkin (yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, ekonomik durum algısı vb.) 6 sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölüm; genel tıbbi öyküye ilişkin (sürekli hastalık ve ilaç kullanma durumu) ve menopoza ilişkin (menopoz yaşı ve şekli, menopoz döneminde yaşanılan sağlık sorunları, menopoz algısı, menopoz döneminde aile ve yakınlardan destek alma durumu vb.) 15 sorudan oluşmaktadır.

3.8.2. Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri

Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu çalışma Grubu (IRLSSG International Restless Legs Syndrome Study Group= IRLSSG), tarafından 1995 yılında tanı için

gerekli kriterler ve genellikle görülen özellikler belirlenmiştir. 2002 Mayıs ayında Ulusal Sağlık Enstitüsü Konferansı sırasında aralarında IRLSSG üyeleri ve epidemiyoloji ve ölçek tasarımı otoritelerinin bulunduğu uzmanlar bu kriterleri netleştirerek tekrar düzenlemişlerdir. 2003 yılında ise “Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health=NIH)” tarafından tanı standardizasyonu için tekrar düzenlenmiştir. Günümüzde halen tanıda bu kriterler kullanılmaktadır (67-69).

Huzursuz Bacak Sendromu tanısı klinik sorgulama ve değerlendirmeye dayanmaktadır. Ancak gerekli durumlarda laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanılabilmektedir. Hastalarda nörolojik muayene sıklıkla normaldir. Kesin tanı için dört temel kriterin hepsinin karşılanması gerekmektedir.

- 1) Uzularda (özellikle bacaklarda) ortaya çıkan hoş gitmeyen hisler ya da rahatsızlık hissi ile birlikte hareket ettirme isteği olması,
- 2) Hoş gitmeyen hisler ya da hareket ettirme isteğinin yatma ya da oturma gibi hareketsizlik dönemleri sırasında başlaması ya da kötüleşmesi,
- 3) Hoş gitmeyen hisler veya hareket ettirme isteğinin yürüme, ovalama, sallama gibi hareketlerle en azından aktivite devam ettiği sürece kısmen veya tamamen iyileşmesi,
- 4) Semptomların akşam veya geceleri gündüze göre daha kötü olması ya da akşam/geceleri ortaya çıkması (69, 87).

3.8.3. Huzursuz Bacak Sendromu Şiddet Değerlendirme Ölçeği

HBS derecelendirme skalasında, temel özelliklerin subjektif değerlendirilmesi (skalanın 1’ den 3’e kadarki soruları), hastalığın şiddeti ve sıklığı (skalanın 7 ve 8. soruları) ve bağlantılı uyku problemleri (skalanın 4. ve 5. soruları) gösterilmiştir. Skala aynı zamanda semptomların hastaların ruhsal durumu ve günlük işlevleri üzerindeki etkilerini araştıran soruları da içermektedir (skalanın 9. ve 10. soruları). HBS derecelendirme skalası, 10 sorudan oluşmaktadır. Her bir sorudaki HBS şiddet değerleri, HBS’nin etkisi olmaması (0 puan) ya da çok şiddetli HBS (4 puan) olarak derecelendirilmektedir. Böylece tüm skor aralığında 0 ve 40 arasında değişen bir toplam skor elde edilmektedir (37, 68, 69, 71, 120-123). IRLSSG şiddet skalasında

değerlendirme; 0-10 puan hafif, 11-20 puan orta, 21-30 puan şiddetli, 31-40 puan çok şiddetli HBS olarak yapılmaktadır (124, 125).

3.8.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Uyku kalitesi indeksi, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir (77). Araştırmamızda yapılan iç tutarlık analizi sonrasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.80 olarak bulunmuştur. Bu ölçek son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan bir ölçektir. Toplam 24 sorudan oluşan ölçekte 19 soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulmaktadır. Kişi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınırken yatak arkadaşı tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınmamaktadır. Kişi tarafından cevaplanan 19 soru ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 alt boyut değerlendirilmektedir (90).

Ölçekteki her bir madde 0 (hiç sıkıntı olmaması) - 3 (ciddi sıkıntı) puan arasında bir değer almaktadır. Yedi alt boyuta ilişkin puanların toplamı ise toplam PUKİ puanını vermektedir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 3 arasında ve toplam PUKİ puanı ise 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle, veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü (5-21 puan) olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermemektedir (77). Yapılan analizlerde Pittsburg uyku kalitesi ölçeği sorularının puan karşılığı tabloda belirtildiği şekilde yapılmıştır (90).

Tablo 3.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin değerlendirilmesi.

SORU VE SORUNUN PUAN KARŞILIĞI	
Komponent 1 (Subjektif Uyku Kalitesi)	9. Soru Puanı (0-1-2-3)
Komponent 2 (Uyku Latansı)	2. Soru: <15 dk: 0, 16-30 dk: 1, 31-60 dk: 2, >60 dk: 3 ve 5. soru a şıkkı puanı 0: 0, 1-2: 1, 3-4: 2, 5-6: 3
Komponent 3 (Uyku Süresi)	4.soru: >7 saat: 0, 6-7 saat: 1, 5-6 saat: 2, <5 saat: 3
Komponent 4 (Uyku Etkinliği)	(uykuda geçen süre / yatakta kalma süresi) x 100 >%85: 0, %75-84: 1, %65-74: 2, <%65: 3
Komponent 5 (Uyku Bozukluğu)	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5i ve 5j'nin toplamı: 0: 0, 1-9: 1, 10-18: 2, 19-27: 3
Komponent 6 (İlaç Kullanımı)	6. soru puanı: (0-1-2-3)
Komponent 7 (Gündüz Fonksiyonları)	7. soru puanı + 8. Soru puanı
Toplam skor	

3.8.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçütlerden biridir. Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 sağlığın hem pozitif, hem negatif yönlerini ölçmek için toplam 36 sorudan oluşan klinik uygulama ve araştırmalarda, genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir ölçektir (118). Türkçe'ye Koçyiğit tarafından çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin ön test-son test güvenilirliği 0.94, iç tutarlılığı 0.92'dir (119). Araştırmamız kapsamında yapılan iç tutarlık analizi sonrasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89 olarak bulunmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 36 soru maddesi içermekte olup, 8 alt boyuta sahiptir. Ölçeğin fiziksel fonksiyon alt boyutu 10 soru, fiziksel-rol sınırlamaları alt boyutu 4 soru, ağrı alt boyutu 2 soru, genel sağlık algısı alt boyutu 5 soru, enerji ve zindelik alt boyutu 4 soru, sosyal fonksiyonellik alt boyutu 2 soru, mental-rol alt boyutu 3 soru, ruh sağlığı alt boyutu beş soru içermektedir. Ölçekten alınabilecek en

düşük puan 0, en yüksek puan ise 100 olup, puan arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı düşünülmektedir (118, 119).

Ölçek puanları hesaplanırken bazı sorular yeniden kodlanmaktadır. 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9h, 11b, 11d numaralı sorularda diğer soruların tersine olumsuzluk en yüksek değeri almaktadır. Örneğin 6.soruda ‘son 4 haftada fiziksel ve ruhsal sağlığın aile, arkadaşlar, komşularla ilişkileri ne dereceye kadar etkilediği’ sorulduğunda ‘hiç’ seçeneğine bir, ‘oldukça’ seçeneğine beş değeri verilmiştir. Ancak bu sorunun da ölçekteki diğer sorularda olduğu gibi iyi sağlık durumunu gösteren bir puan olması gerekmektedir. Skorların dönüştürülmesi için ‘hiç’ seçeneğine beş puan, ‘oldukça’ seçeneğine bir puan verilmelidir. Her boyuta verilen cevapların puanları toplanmalıdır. Elde edilen ham skala puan aşağıda belirtilen formül kullanılarak 0 ile 100 arasında dönüştürülmüş bir puan elde edilmektedir.100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir (115-119).

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formlarının (Bireysel Bilgi Formu (Ek-4), Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri (Ek-5), Huzursuz Bacak Sendromu-Şiddet Değerlendirme Ölçeği (Ek-6), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Ek-7), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-8)) anlaşılabilirliği ve uygularken algıda değişiklik varlığının saptanabilmesi amacıyla araştırma kriterlerine uygun 50 kadına ulaşılarak ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında herhangi bir problem ile karşılaşılma ve bu grup gerçek uygulamaya dahil edilmemiştir.

Bu araştırmada kriterlere uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden menopoz dönemindeki kadınlara veri toplama formları araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplama sürecinde, araştırmaya katılmayı kabul eden her kadın için uygulama süresi esnek tutulmuştur.

3.10. Verilerin Ön Değerlendirmesi

Bu araştırmanın uygulaması, 2015-2016 yılında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın başlangıcında bir ön değerlendirme yapıldığında, çalışmaya menopoz döneminde olan 630 istekli ve onay formu doldurmuş kadının katıldığı belirlenmiştir. Ancak 15 kişinin verilerinin tam olarak alınmadığı dikkat çekmiştir. Bu katılımcılardan elde edilen eksik verilerin araştırmanın geçerliğine, güvenilirliğine zarar vereceği ve hata oranını yükselteceği düşünüldüğünden, 615 kadından elde edilen verilerin araştırma kapsamında incelenip değerlendirilmesine karar verilmiştir.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma 615 veri üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Araştırmada gruplanan verilerin gerekli istatistiksel analizleri için frekans ve yüzde (%) değerler ile değişkenlerin birbirinden bağımsızlığını sınamak için Ki-Kare testi yapılmıştır. Araştırmada parametrik ya da nonparametrik hangi test türünün uygulanması hususunda verilerin homojenitesini değerlendirmek için verilere One Sample Kolmogorov-Smirnov Test uygulanmış, test sonuçları $p < 0.05$ olduğu için nonparametrik test uygulaması kuralına göre, değişkenler incelenmiştir. Verilerin normallik testleri sonucunda iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiki analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma tek bir hastanede yapılmış olup elde edilen veriler katılımcıların veri toplama formu ve ölçekleri değerlendirirken buldukları bireysel beyanları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, Huzursuz Bacak Sendromu olan/olmayan kadınların bazı özellikleri, HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği verilerinden elde edilen sonuçlar tablolar halinde özetlenmiştir.

4.1. Huzursuz Bacak Sendromu Olan/Olmayan Kadınların Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. HBS’li olan/olmayan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.

Bireysel Özellikler		HBS’li olan n=256		HBS’li olmayan n=359		Analiz ^b	
		n	% ^a	n	% ^a	X ²	p
Yaş	32-45	12	4.7	31	8.6	3.73	.155
	46-55	115	44.9	160	44.6		
	56-65	129	50.4	168	46.8		
Medeni Durum	Evli	206	80.5	286	79.7	0.60	.806
	Bekar	50	19.5	73	20.3		
Öğrenim Durumu	İlkokul	216	84.4	292	81.3	1.10	.575
	Lise	26	10.2	46	12.8		
	Lisans ve üzeri	14	5.5	21	5.8		
Meslek	Ev Hanımı	213	83.2	308	85.8	4.84	.184
	Memur	24	9.4	18	5.0		
	İşçi	9	3.5	16	4.5		
	Diğer	10	3.9	17	4.7		
Ekonomik Durum	Gelirim giderimden fazla	7	2.7	11	3.1	15.7	.000
	Gelirim giderime denk	36	14.1	98	27.3		
	Gelirim giderimden eksik	213	83.2	250	69.6		

a. Yüzdeler n üzerinden yapılmıştır.

b. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

Tablo 4.1.'de HBS olan/olmayan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmamızda araştırmaya katılan 256 kadın (%41.6) HBS tanı kriterlerini karşılarken, 359 kadın (%58.4) HBS tanı kriterlerini karşılamamaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 53.72±5.92 yıl olduğu belirlenmiştir. HBS'li olan %50.4 ve HBS'li olmayan %46.8 kadının 56-65 yaş aralığında olduğu ortaya çıkmıştır (p>0.05). Araştırmanın devamında katılımcıların medeni durumları incelendiğinde; HBS'li %80.5 ve HBS'li olmayan %79.7 kadının evli olduğu belirlenmiştir. Örneklemin öğrenim durumları incelendiğinde; HBS'li kadınların %84,4'ünün, HBS'li olmayan kadınların ise %81.3'ünün ilköğretim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Benzer bir bulgu katılımcıların mesleklerine göre yapılan dağılımda ortaya çıkmış her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun ev hanımı olduğu saptanmıştır (HBS'li olan=%83,2, HBS'li olmayan=%85.8) (p>0.05). Araştırmada ekonomik durum algısı sorgulandığında ortaya çıkan bulgular, HBS'li %83.2 ve HBS'li olmayan kadınların %69.6'sı gibi büyük bir çoğunluğunun "Gelirim giderimden eksik" ekonomik durum kategorisinde yoğunlaştığına işaret etmektedir. Çalışmada ekonomik durum yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 4.2. HBS'li olan/olmayan kadınların HBS farkındalıkları ve ailede HBS tanılarına göre dağılımı.

HBS Durumu		HBS'li Olan n=256		HBS'li olmayan n=359		Analiz ^b	
		n	% ^a	n	% ^a	X ²	p
HBS Farkındalığı	Evet	57	22.0	64	47.4	8.56	.002
	Hayır	199	78.0	295	61.5		
Ailede HBS tanısı olan	Evet	29	11.3	74	56.3	4.93	.016
	Hayır	227	88.7	285	67.9		
Ailede HBS olan bireyler (n=103)	Anne	17	63	18	23.5	11.0	.012
	Baba	3	7.4	13	18.8		
	Kardeş	3	7.4	21	32.4		
	Diğer	6	22.2	22	35.3		

a. Yüzdeler n üzerinden yapılmıştır.

b. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

Tablo 4.2’de HBS’li olan/olmayan kadınların HBS farkındalıkları ve ailede HBS tanılarına göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan HBS’li kadınların %78’inin, HBS’li olmayan kadınların % 61.5’inin HBS’yi bilmedikleri belirlenmiştir. Bu durum HBS Farkındalığı boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmuştur ($p<0.05$). Bir diğer istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulgu ise HBS tanısı olan kadınların %88.7’sinin ailesinde HBS tanısının olması, ailesinde HBS tanısı olan kadınların da çoğunluğunun (%63) annesinde bu tanının bulunmasıdır. Özetle çalışmada, HBS farkındalığı, ailede HBS tanısı ve ailede HBS olan bireyler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.3. HBS’li olan/olmayan kadınların bazı alışkanlıklarına göre dağılımı.

Değişkenler		HBS’li olan n=256		HBS’li olmayan n=359		Analiz ^b	
		n	% ^a	n	% ^a	X ²	p
Sigara Kullanımı	Evet	58	22.7	56	15.6	4.929	.018
	Hayır	198	77.3	303	84.4		
Sigara Sayısı * (Tane/ Gün)	1-10	31	55.4	42	71.2	6.326	.042
	11-20	23	41.1	12	20.3		
	21 ve üzeri	4	3.6	5	8.5		
Kahve Tüketimi	Evet	84	32.8	112	31.2	0.179	.368
	Hayır	172	67.2	247	68.8		
Kahve Sayısı * (Fincan/ Gün)	1-3	66	79.1	101	89.4	4.055	.132
	4-5	15	17.4	10	8.8		
	5 ve üzeri	3	3.5	2	1.8		
Spor Yapma	Evet	82	32	124	34.5	.422	.287
	Hayır	174	68	235	65.5		

a. Yüzdeler n üzerinden yapılmıştır.

b. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p<0.05$ anlamlı.

* . n’ler sigara ve kahve içenler üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3'te HBS'li olan/olmayan kadınların bazı alışkanlıklarına göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların, sigara (tane/gün) ile kahve (fincan/gün) kullanımları ve spor yapma durumlarının dağılımı incelenmiş olup kadınların çoğunun (HBS'li olan %77.3, HBS'li olmayan %84.4) sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Çalışmada kadınların (HBS'li olan %55.4 ve HBS'li olmayan %71.2) günde 1-10 tane sigara içtiği ortaya çıkmıştır ($p>0.05$).

Benzer bir bulgu kahve tüketiminde gözlenmiştir. Kadınların (HBS'li olan % 67.2 ve HBS'li olmayan %68.8) çoğunun kahve içmediği belirlenmiştir ($p>0.05$). HBS'li olmayan günlük kahve tüketim sayısı fincan bazında incelendiğinde ise; kadınların çoğunun günde 1-3 fincan kahve içtiği ortaya çıkmıştır (HBS'li olan %79.1 ve HBS'li olmayan % 89.4) ($p>0.05$). Ayrıca HBS'li kadınların %68'inin düzenli olarak spor yapmadığı ortaya çıkan bir başka sonuç olarak kaydedilmiştir. Çalışmada sigara kullanımında ve kullanılan sigara sayısında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.4. HBS’li olan/olmayan kadınların menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları ve ilaç kullanım durumlarının dağılımı.

Değişkenler		HBS’li olan n=256		HBS’li olmayan n=359		Analiz ^b	
		n	% ^a	n	% ^a	X ²	p
İlaç Kullanımı	Evet	188	73.4	230	64.1	6.0	.00
	Hayır	68	26.6	129	35.9		
Sürekli/Kronik Hastalık	Evet	221	86.3	285	79.4	4.9	.00
	Hayır	35	13.7	74	20.6		
Sürekli/Kronik Hastalıklar*	Şeker Hastalığı	73	28.5	90	25.1	5.0	.60
	Kalp Hastalığı	37	14.5	28	7.8		
	Yüksek Tansiyon	112	43.8	127	35.4		
	Sindirim Sistemi Hastalığı (Kabızlık, gastrit reflü vb.)	36	14.1	46	12.8		
	Kan hastalığı (Anemi, lösemi, lenfoma vb.)	20	7.8	22	5.6		
	Solunum sistemi hastalığı (Astım, KOAH vb.)	31	12.1	34	9.5		
	Böbrek ve idrar yolu ile ilgili hastalık	12	4.7	11	3.1		
	Psikiyatrik hastalık (Panikatak, depresyon vb.)	29	11.3	25	7		
	Kas-iskelet sistemi hastalığı (Romatizma, kireçlenme, kemik erimesi vb.)	71	26.7	88	24.5		
	Uyku Bozuklukları	28	10.9	27	7.5		
	Kanser	48	18.8	74	20.6		
	Bacaklarda Varis	29	11.3	23	6.4		
	Huzursuz Bacak Sendromu	18	7	21	5.8		
	Tiroid hastalığı (Guatr,hipertiroidi, hipotiroidi, graves hastalığı)	63	24.6	83	23.1		

a. Yüzdeler n üzerinden yapılmıştır. .

b. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.

* Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4'te HBS'li olan/olmayan kadınların menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları ve ilaç kullanım durumlarının dağılımı yer almaktadır. Çalışmada kadınların, düzenli ilaç kullanma durumları incelenmiş ve HBS'li olan/olmayan kadınların %86.3'ünün düzenli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir (HBS'li olan %73.4, HBS'li olmayan %64.1) ($p<0.05$). İlaç kullanımı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). HBS olan/olmayan kadınların, kronik hastalık durumları incelenmiş ve HBS'li olan (%86.3) ve HBS'li olmayan (79.4) kadınların çoğunun kronik bir rahatsızlığa sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların yaşadığı diğer kronik hastalıklar ise sırasıyla şöyledir; Şeker Hastalığı HBS'li olan %28.5, HBS'li olmayan %25.1, Tiroid Hastalığı (Guatr, hipertiroidi, hipotiroidi, graves hastalığı) HBS'li olan %24.6, HBS'li olmayan %23.1, Kanser HBS'li olan %18.8, HBS'li olmayan %20.6, Kas-İskelet Sistemi Hastalığı (Romatizma, kireçlenme, kemik erimesi vb.) HBS'li olan %26.7, HBS'li olmayan %24.5, Kalp Hastalığı HBS'li olan %14.5, HBS'li olmayan %7.8, Sindirim Sistemi Hastalığı (Kabızlık, gastrit reflü vb.) HBS'li olan %14.1, HBS'li olmayan %12.8, Solunum Sistemi Hastalığı (Astım, KOAH vb.) HBS'li olan %12.1, HBS'li olmayan %9.5, Psikiyatrik Hastalık (Panikatak, depresyon vb.) HBS'li olan %11.3, HBS'li olmayan %7, Bacaklarda Varis HBS'li olan %11.3, HBS'li olmayan %6.4, Uyku Bozuklukları HBS'li olan %10.9, HBS'li olmayan %7.5, Huzursuz Bacak Sendromu HBS'li olan %7, HBS'li olmayan %5.8, Böbrek ve İdrar Yolu ile ilgili hastalık HBS'li olan %4.7, HBS'li olmaya %3.1, Kan Hastalığı (Anemi, lösemi, lenfoma vb.) HBS'li olan %7.8, HBS'li olmayanlarda %5.6'dır. Araştırma sonucunda yaşanan sağlık sorunları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.5. HBS’li olan/olmayan kadınların menopoza yönelik durumlarının dağılımı.

	Değişkenler	HBS’li olan n=256		HBS’li olmayan n=359		Analiz ^b		
		n	% ^a	n	% ^a	X ²	p	
Menopoz Durumu	Doğal	491	211	82.4	280	78	1.820	.000
	Cerrahi	124	45	17.6	79	22		
Menopozda Yaşanan Sağlık Sorunları	Evet	562	246	96.1	316	88	12.36	.000
	Hayır	53	10	3.9	43	12		
Menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları*	Sıcak Basması	415	207	80.9	208	57.9	323.2	.000
	Gece Terlemesi	355	190	74.2	165	46		
	Uykusuzluk	333	193	75.4	140	39		
	Yorgunluk	327	179	69.9	148	41.2		
	Baş Ağrısı	266	156	60.9	110	30.6		
	Sinirlilik	300	162	63.3	138	38.4		
	Depresyon	182	94	36.7	88	24.5		
	Kemik Erimesi	153	68	27.2	85	23.7		
	Kilo Artışı	208	111	43.4	97	27		
	Çarpıntı	177	112	43.8	65	18.1		
	Deride Kuruma	173	101	39.5	72	20.1		
	Cinsel İsteksizlik	228	123	48	105	29.2		
	Ağrılı Cinsel İlişki	168	98	38.3	70	19.5		
	Vajinal Kuruluk	182	103	40.2	79	22		
Menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları için yapılan uygulamalar*	Bu durumu biriyle paylaşma	62	23	9	39	10.9	352.0	.000
	Dua etme	99	40	15.6	59	16.4		
	Beslenmeye Önem Verme	50	22	8.6	28	7.8		
	Kolay Çıkan Giysiler Giyme	87	39	15.2	48	13.4		
	Isınan Bölgelere Soğuk Uygulama Yapma	56	27	11.2	29	8		
	Uyuşan Bölgeye Masaj Yapma	54	33	12.9	21	5.8		
	Yürüyüşe Çıkma	156	66	25.8	90	25.1		
Menopoz Yönelik Tedavi Alma	Evet	62	30	11.7	32	8.9	1.297	.000
	Hayır	553	226	88.3	327	91.1		

a. Yüzdeler n üzerinden yapılmıştır.

b. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

* Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.5'te HBS'li olan/olmayan kadınların, menopoza yönelik durumlarının dağılımı yer almaktadır. Her iki grubun büyük çoğunluğunun doğal yol ile menopoza girdiği belirlenmiştir (HBS'li olan %82.4, HBS'li olmayan %78) ($p<0.05$). Ayrıca HBS'li olan ve olmayan kadınların, menopozda yaşadıkları herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda HBS'li olan kadınların %96.1 ve HBS'li olmayan kadınların %88 gibi bir çoğunluğunun menopozda sağlık sorunları yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Söz konusu rahatsızlıkların neler olduğu sorulduğunda, alınan yanıtların çoğunluğunun sıcak basması sorunu kategorisinde yoğunlaştığı belirlenmiş ve HBS'li kadınların %80.9, HBS'li olmayan kadınların %57.9'unun ($p<0.05$) sıcak basması sorununu yaşadığı ortaya çıkmıştır. Kadınların yaşadığı diğer sorunlar ise sırasıyla şöyledir; Uykusuzluk HBS'li olan %75.4, HBS'li olmayan %39, Gece Terlemesi HBS'li olan %74.2, HBS'li olmayan %46, Yorgunluk HBS'li olan %69.9, HBS'li olmayan %41.2, Sinirlilik HBS'li olan %63.3, HBS'li olmayan %38.4, Baş Ağrısı HBS'li olan %60.9, HBS'li olmayan %30.6, Cinsel İsteksizlik HBS'li olan %48, HBS'li olmayan %29.2, Çarpıntı HBS'li olan %43.8, HBS'li olmayan %18.1, Kilo Artışı HBS'li olan %43.4, HBS'li olmayan %27, Vajinal Kuruluk HBS'li olan %40.2, HBS'li olmayan %22, Deride Kuruma HBS'li olan %39.5, HBS'li olmayan %20.1, Ağrılı Cinsel İlişki HBS'li olan %38.3, HBS'li olmayan %19.5, Depresyon HBS'li olan %36.7, HBS'li olmayan %24.5, Kemik Erimesi HBS'li olan %26.2 ve HBS'li olmayanlarda %21.7'dir.

Araştırmada kadınlara menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları için yapılan uygulamalar sorulduğunda alınan yanıtların çoğunluğunun her iki grupta yürüyüşe çıkma kategorisinde yoğunlaştığı belirlenmiştir (HBS'li olan kadınlarda %25.8, HBS'li olmayan kadınlarda %25.1). Çalışmamızda yaşanan sağlık sorunları için yapılan uygulamalar sırasıyla şöyledir; Dua etme (HBS'li olan %15.6, HBS'li olmayan %16.4), kolay çıkabilecek giysiler giyme (HBS'li olan %15.2, HBS'li olmayan %13.4), uyuşan bölgeye masaj yapma (HBS'li olan %12.9, HBS'li olmayan %5.8), ısınan bölgelere soğuk uygulama yapma (HBS'li olan %10.2, HBS'li olmayan %7.2), bu durumu biriyle paylaşma (HBS'li olan %9, HBS'li olmayan %10.9), beslenmesine önem verme (HBS'li olan %8.6, HBS'li olmayan %7.8) dir.

Araştırmada HBS'li olan/olmayan kadınların, menopoza yönelik tedavi alıp almadıkları incelenmiş; HBS'li olan kadınların, %88.3'ünün, HBS'li olmayan

kadınların ise %91.1'inin menopoza yönelik tedavi almadığı belirlenmiştir. Kadınlara menopoza yönelik nasıl bir tedavi aldıkları sorulduğunda HBS'li olan kadınların %85.2'sinin ve HBS'li olmayan kadınların ise %81.2'sinin menopoz döneminde HRT aldığı belirlenmiştir.

4.2. HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Verilerine Ait Bulguları

Tablo 4.6. Kadınların HBS şiddet değerlendirmelerinin dağılımı.

HBS Şiddeti	Sayı	% ^a
Hafif	6	2.3
Orta	85	33.2
Şiddetli	112	43.8
Çok şiddetli	53	20.7
Toplam	256	100

a. Yüzdeler n üzerinden yapılmıştır.

Tablo 4.6'da, kadınların HBS şiddet değerlendirmelerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınların yarısına yakınının (%43.8) HBS semptomları şiddetliken, %33.2'si orta, %20.7'si çok şiddetli ve sadece %2.3'ünün hafif skorlara sahip olduğu görülmektedir.

4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Verilerine Ait Bulgular

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden elde edilen toplam puanın 5 ve altında olması iyi, 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir. Çalışmaya katılan kadınların uyku kaliteleri incelendiğinde aşağıdaki Tablo 4.7'deki değerlere ulaşılmıştır.

Tablo 4.7. Kadınların uyku kalitesi puanlarının dağılımı.

Uyku Kalitesi Puanları	n	%
Toplam puan 5 ve altı	263	42.8
Toplam puan 5 ve üzeri	352	57.2
Toplam	615	100.0

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi kadınların %57.2’si kötü uyku kalitesine sahipken %42.8’i iyi olarak nitelendirilen uyku kalitesine sahiptir.

Tablo 4.8. HBS’li olan/olmayan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ortalama puanlarının dağılımı.

Parametreler	HBS’li olan n=256		HBS’li olmayan n=359		Analiz ^a	
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	U	p
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	8.11±3.9	1-5	6.01±6.8	1-5	283	0.00

a.Mann Whitney U testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı

Tablo 4.8’de HBS’li olan/olmayan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ortalama puanlarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde, HBS’li olan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’nden elde ettikleri puanların ortalamalarının (8.11±3.90), HBS’li olmayan kadınlara (6.01±6.86) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ortalamalar arasında gözlenen bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi uyku kalitesinin, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 alt boyutta değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. Bu nedenle çalışmada söz konusu boyutlar özel olarak incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.9’da özetlenmiştir.

Tablo 4.9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutları puan dağılımı.

Parametreler	HBS'li olan n=256		HBS'li olmayan n=359		Analiz ^a	
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	U	p
Öznel Uyku Kalitesi	1.66±.88	1.00-3.00	1.24±.86	1.00-3.00	339	.000
Uyku Latensi	1.44±.88	1.00-3.00	.92±.92	1.00-3.00	319	.000
Uyku Süresi	.98±.89	1.00-3.00	.74±.79	1.00-3.00	395	.000
Alışılmış Uyku Etkinliği	.74±1.01	1.00-3.00	.70±6.27	1.00-3.00	-6.4	.000
Uyku Bozukluğu	1.93±.76	1.00-3.00	1.30±.71	1.00-3.00	-9.7	.000
Uyku İlacı Kullanımı	.37±.90	1.00-3.00	.25±.73	1.00-3.00	-1.5	.132
Gündüz İşlev Bozukluğu	.97±.1.03	1.00-3.00	.82±.96	1.00-3.00	-1.7	.082

a: Mann Whitney U testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı

Tablo 4.9'da HBS'li olan kadınların ölçeğin alt boyutlarından elde ettikleri puanların ortalamalarının HBS'li olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. HBS'li olan ve olmayan iki grup PUKİ puanları açısından karşılaştırıldığında alt ölçeklerden günlük işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt ölçek puanları HBS'li olan grupta istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha kötüdür ($p<0.05$).

4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına Ait Bulgular

Tablo 4.10. HBS’li kadınların hastalık şiddetine göre uyku kalitesi puanlarının dağılımı.

Uyku Kalitesi Puanları	Toplam Puan 5 ve altı n=65		Toplam Puan 5 ve üzeri n=191		Analiz	
	n	% ^a	n	% ^a	X ²	p
HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Sonuçları	1	1.5	5	2.6	29.77	.000
Hafif	38	58.5	45	23.6		
Orta	22	33.8	91	47.6		
Şiddetli	4	6.2	50	26.2		

a: Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.

HBS’li kadınların hastalık şiddetine göre uyku kalitesi puanlarının dağılımı Tablo 4.10’da yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre HBS hastalık şiddeti, orta şiddetli grupta olanların (%58.5) uyku kalitesi diğerlerine göre daha iyidir. Katılımcı kadınların hastalık şiddeti şiddetli grupta olunca (% 47.6) uyku kaliteleri daha kötü olmaktadır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Verilerine Ait Bulgular

Bu bölümünde katılımcı kadınların yaşam kaliteleri incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.11’de özetlenmiştir.

Tablo 4.11. HBS’li olan/olmayan kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanlarının dağılımı.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı	HBS’li olan n=256		HBS’li olmayan n=359		Analiz ^a	
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	U	p
	19±3.62	1.00-3.00	67.59± 13.09	1.00-3.00	.000	0.00

^aMann Whitney U testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı

Tablo 4.11 incelendiğinde; HBS’li olan kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden elde ettikleri puan ortalamalarının (19 ± 3.62) HBS’li olmayanlara (67.59 ± 13.09) göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ortalamalar arasında gözlenen bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bir farka neden olmuştur. Başka bir ifadeyle, HBS’li olmayan kadınların yaşam kalitesinin HBS’li olanlara göre daha iyi olduğunu söylemek istatistiksel olarak mümkündür ($p<0.05$). Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel-rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji ve zindelik, sosyal fonksiyonellik, mental-rol ve ruh sağlığı olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmamızda bu boyutlar incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının ortalama puanlarının dağılımı.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Parametreleri	HBS’li olan n=256		HBS’li olmayan n=359		Analiz ^a	
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	U	p
Fiziksel Fonksiyon	1.95±.58	1.00-3.00	21.81±6.1	1.00-3.00	.000	.00
Fiziksel-Rol Sınırlamaları	1.34±.44	1.00-2.25	5.92±1.87	1.00-3.00	000	.00
Ağrı	7.66±1.4	1.00-4.50	3.09±2.92	1.00-5.00	970	.00
Genel Sağlık Algısı	2.83±.54	1.00-4.50	5.88±1.22	1.00-2.00	142	.00
Enerji ve Zindelik	3.07±.74	1.00-5.00	13.98±3.9	1.00-3.00	315	.00
Sosyal fonksiyonellik	3.10±1.2	1.00-5.00	6.99±2.57	1.00-2.00	101	.00
Mental-Rol	1.37±.46	1.00-2.00	4.49±1.40	1.00-3.00	.000	.00
Ruh Sağlığı	2.19±1.5	1.00-5.00	2.31± 1.63	1.00-3.00	182	.68

^aMann Whitney U testi kullanılmıştır, $p<0.05$ anlamlı

Tablo 4.12’de HBS’li olan kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların ortalamalarının dağılımları görülmektedir. HBS’li olan kadınların Fiziksel Fonksiyon alt boyutundan elde ettiklerin puanların ortalamalarının ($1.95\pm .58$) HBS’li olmayanlara (21.81 ± 6.14) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Fiziksel-Rol Sınırlamaları boyutunda da HBS’li olan kadınların

ortalamlarının (1.34±.44) HBS'li olmayan kadınlara göre (5.92±1.87) daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Genel Sağlık Algısı alt boyutu incelendiğinde de benzer bir bulguya rastlanmış ve HBS'li olan kadınların ortalamlarının (2.83±.54), HBS'li olmayanlara (5.88±1.22) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Enerji ve Zindelik alt boyutunda HBS'li olan kadınların ortalamlarının (3.07±.74), diğerlerine göre (13.98±3.98) çok daha düşük değerler alması dikkat çekici bir bulgudur. Sosyal Fonksiyonellik ve Mental-Rol alt boyutları için HBS'li olan kadınların ortalamlarının, HBS'li olmayanlara göre daha düşük olduğu diğer bir bulgudur. Yaşam Kalitesi Ölçeği Parametreleri içerisinde Ağrı alt boyutunda, HBS'li olan kadınların ortalamlarının (7.66±1.41), HBS'li olmayanlara (3.09±2.92) göre daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Benzer bir sonuç Ruh Sağlığı alt boyutunda ortaya çıkmış ve HBS'li olan kadınların ortalamlarının (2.19±1.51), HBS'li olmayanlara (2.31± 1.63) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Söz konusu bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı incelendiğinde, sadece Ruh sağlığı alt ölçeğinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel-rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji ve zindelik, sosyal fonksiyonellik ve mental-rol alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın amacı, menopozal dönemdeki kadınlarda huzursuz bacak sendromunun görülme sıklığını, yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkisini incelemek olarak belirlenmiştir. Söz konusu amaçla yapılan incelemeler sonucunda elde edilen bulgular, bu bölümde ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1. Huzursuz Bacak Sendromu Olan/Olmayan Kadınların Bazı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya katılan 256 kadın (%41.6) HBS tanı kriterlerini karşılarken, 359 kadın (%58.4) HBS tanı kriterlerini karşılamamaktadır (Bkz. Tablo 4.1). HBS kadın popülasyonda oldukça sık görülen bir rahatsızlıktır. Högl ve arkadaşlarının yaptığı kadın dominansını gösteren 701 kişilik bir çalışmada, kadınlarda prevalans %9-%14.2 arasında bildirilmiştir (126). Taşdemir ve arkadaşları, 2111 kişinin dahil edildiği çalışmalarında, HBS'nin kadınlarda erkeklere göre 3.5 kat daha sık görüldüğünü ve prevalansın yaşla birlikte arttığını bildirmişlerdir (127). Çalışmamızda HBS'li %50.4 ve HBS'li olmayan %46.8 kadının 56-65 yaş aralığında olduğu ortaya çıkmıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.1). Özer tarafından yapılan çalışmada HBS'li hastaların yaş ortalamasının 55, HBS'li olmayan hastaların yaş ortalamasının 51 olduğu bulunmuştur (128). Cho ve arkadaşlarının yaptığı 5000 kişilik prevalans çalışmasında, yaşla birlikte hastalığın arttığı, en fazla 50-59 yaşlarında pik yaptığı belirlenmiştir (129). Bizim çalışmamızda da katılımcıların yaşları ilerledikçe hastalığa daha sık rastlandığı saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalar HBS sıklığının ileri yaşlarda (65 yaş ve üzeri) daha fazla olduğunu göstermektedir (130-132).

Çalışmamızdaki katılımcı kadınların medeni durumları incelendiğinde; HBS'li olan %80.5 ve HBS'li olmayan %79.7 kadının evli olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla HBS'li olan ve HBS'li olmayan kadınların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Bkz. Tablo 4.1). Bu bulgu Güzel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da ortaya çıkmış ve medeni durumun HBS'li olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (133). Çalışmamızda kadınların öğrenim durumları incelendiğinde;

HBS'li olan kadınların %84.4'ünün, HBS'li olmayan kadınların ise %81.3'ünün ilköğretim düzeyinde eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.1). Berger ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da benzer bir bulguya rastlanmış, eğitim düzeyi düşük olanlarda HBS sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (25). Güzel'in çalışmasında eğitim düzeyinin hastalık sıklığıyla ilişkisinin bulunmadığını yaptıkları çalışmada ortaya koymuşlardır (120). Çalışmamızda benzer bir bulgu katılımcıların mesleklerine göre yapılan dağılımda ortaya çıkmış olup her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun ev hanımı olduğu saptanmıştır (HBS'li olan=% 83.2, HBS'li olmayan=%85.8) ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.1). Cho ve arkadaşları tarafından yapılan 5000 kişilik bir epidemiyolojik çalışma sonucunda HBS hastaların çoğunluğunun ev hanımı olduğu belirtilmiştir (129). Güzel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hastalığın çalışanlarda daha sık görüldüğü ve hastaların çoğunluğunun çalışanlardan oluştuğu bildirilmiştir (133). Çalışmamızda ekonomik durum algısı sorgulandığında ortaya çıkan bulgular, HBS'li (%83.2) ve HBS'li olmayan kadınların (%69.6) büyük bir çoğunluğunun "Gelirim giderimden eksik" ekonomik durum kategorisinde yoğunlaştığına işaret etmektedir. Çalışmada ekonomik durum yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.1).

Çalışmamıza katılan HBS'li olan kadınların %78'inin, HBS'li olmayan kadınların %61.5'inin HBS'yi bilmedikleri belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Ülkemizde yapılan ve aile hekimlerinin HBS'ye ilişkin bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada; aile hekimlerin çoğunluğunun HBS konusunda yeterli bilgisinin olmadığı görülmüştür. Çünkü huzursuz bacak sendromu hala atlanabilen veya yanlış tanı konulabilen bir hastalık durumundadır. HBS'li hastalar, karakteristik olarak semptomlarını tarif etmekte bile güçlük yaşamaktadırlar (76). Bu nedenle HBS farkındalığı oldukça düşük bir değerde kalmıştır.

Çalışmamıza katılan ve HBS tanısı olan kadınların %88.7'sinin ailesinde HBS tanısının olduğu, ailesinde HBS tanısı olan kadınların da çoğunluğunun (%63) annesinde bu tanının bulunduğu ifade edilmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Deveci ve arkadaşları HBS saptanan 39 kişinin 23'ünde (%59) aile öyküsünün mevcut olduğunu belirtmişlerdir (134). Winkelman ve arkadaşları HBS hastalığında kalıtım modelini inceledikleri çalışmalarında; HBS hastaları ve bunların birinci derecede akrabaları

epigenetik olarak araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda HBS'nin genetik geçişli nedenlerden dolayı da kaynaklandığı tespit edilmiştir (135). Ayrıca yapılan başka bir epigenetik çalışmada ise otozomal dominant geçişli olan HBS'nin genlerinin kadınlarda daha çok olduğu görülmüştür (20). Ek olarak Khan ve arkadaşlarının çalışmasında nöropatolojik bir rahatsızlık olan HBS'nin demir düzeyinin yeterli olamayışına bağlı olarak ortaya çıktığı ve bu duruma bağlı olarak da dopamin metabolizmasının bozulduğu belirtilmektedir. Tüm bu sürecin ise genetik başlangıçlı olduğu bilinmektedir (136). Çalışmamızda ailesinde HBS olanlarda hastalığın büyük oranda görülmesi ve en çok annede hastalığın görülmesi nedeniyle çalışmamız literatürdeki çalışmalar ile uyumludur.

Çalışmamızda HBS'li olan/olmayan kadınların çoğunluğunun (HBS'li olan %77.3, HBS'li olmayan %84.4) sigara kullanmadığı belirlenmiş, ayrıca sigara kullanan kadınların (HBS'li olan %55.4 ve HBS'li olmayan %71.2) çoğunun günde 1-10 tane sigara içtiği ortaya çıkmıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.3). Literatür taramamızda araştırma sonucumuza benzer bulgular olduğu ve genellikle HBS tanısı olan kadınların çoğunluğunun sigara kullanmadığı belirlenmiştir (93, 128). HBS görülme sıklığı ile sigara kullanımı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda ise sigara kullanımı ile HBS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulgusu dikkat çekmektedir (134, 135).

Çalışmamızda HBS'li olan (%67.2) ve HBS'li olmayan (%68.8) kadınların çoğunun kahve içmediği belirlenmiştir. Ancak kahve içen kadınların günlük kahve tüketimi fincan bazında incelendiğinde; HBS'li olan (%79.1) ve HBS'li olmayan (%89.4) kadınların çoğunun günde 1-3 fincan kahve içtiği ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.3). Güzel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise; HBS tanısı alanların %46.3'ünün, HBS tanısı olmayanların ise %61.8'inin kahve kullanmadığı tespit edilmiştir (133). Bu kapsamda çalışma bulgularımız literatür ile uyum sağlamaktadır.

Ayrıca çalışmamızda HBS'li kadınların %68'inin düzenli olarak spor yapmadığı ortaya çıkan bir başka sonuç olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3). Kiper'in yaptığı çalışma kapsamında alınan hasta grubunun %78'i, kontrol grubunun ise %86'sı egzersiz yapmadıklarını belirtmişlerdir (137). Aukerman ve arkadaşlarının 41 kişi üzerinde yaptığı randomize kontrollü çalışmada ise egzersiz yapan kadınların HBS şikayetlerinin azaldığı görülmüştür (86). Bu durum, fiziksel hareketliliğin HBS

şikayetlerini azaltmada olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir. Kushida'nın yaptığı çalışma sonucunda da; gelir seviyesi düşük olan popülasyonda, sigara içenlerde ve ayda 3 saatten az spor yapanlarda HBS sıklığının arttığı tespit edilmiştir (84). Dolayısıyla çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar literatür bulguları ile önemli ölçüde desteklenmektedir.

Çalışmamızda HBS olan/olmayan kadınların, kronik hastalık durumları incelenmiş ve HBS'li olan (%86.3) ve HBS'li olmayan (79.4) kadınların çoğunun kronik bir rahatsızlığa sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4). Araştırma sonucunda yaşanan sağlık sorunları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında ise alınan olguların 70'inde (%32.9) eşlik eden hastalık saptanırken, 143'ünde (%67.1) ek hastalık saptanmamıştır. Eşlik eden hastalığı olanların eşlik eden hastalığı olmayanlara göre HBS sıklığı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (134). Ayhan'ın çalışmasında da tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalarda HBS sıklığı %9 olarak tespit edilmiştir. Bu oran kontrol grubuyla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($p<0.001$) (138). Bizim çalışmamızda da HBS'li olan (%24.6), HBS'li olmayan (%23.1) kadınların tiroid fonksiyon bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Sekonder HBS etiolojisinde en sık rol oynadıkları bilinen hastalıklar, Diabetes Melitus (DM), Hipertansiyon (HT), Hipotroidi, Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), anemi gibi hastalıklardır. Özellikle demir eksikliği ve anemisinin ciddi semptomlara yol açtığı, tedavi ile bulguların gerileyebileceği bildirilmiştir (139). Kalra ve arkadaşlarının tip 2 DM tanılı hastalarda yapılan bir prevalans araştırmasında HBS prevalansını %27 gibi oldukça yüksek oranda bulmuşlardır (140). Bizim çalışmamızda da HBS'li olan %28.5, HBS'li olmayan %25.1 kadında DM olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar literatür bulguları ile desteklenmektedir.

Çalışmamızda her iki grubun büyük çoğunluğunun (HBS'li kadınların %82.4, HBS'li olmayan kadınların %78) doğal yolla menopoza girdiği belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.5). Çalışmamızda HBS'li olan ve olmayan kadınların, menopozda yaşadıkları herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı araştırılmıştır. HBS'li olan kadınların (%96.1) ve HBS'li olmayan kadınların (%88) gibi bir çoğunluğunun menopozda sağlık sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Söz konusu rahatsızlıkların

neler olduğu sorulduğunda; alınan yanıtların çoğunluğunun (HBS’li kadınlarda %80.9, HBS’li olmayan kadınlarda %57.9) sıcak basması sorunu kategorisinde yoğunlaştığı ve azalan yüzdelerle sırasıyla uykusuzluk, gece terlemesi, yorgunluk, sinirlilik, baş ağrısı, cinsel isteksizlik, çarpıntı, kilo artışı, vajinal kuruluk, deride kuruma, ağrılı cinsel ilişki, depresyon ve kemik erimesi gibi rahatsızlıkların da olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.5). Ayrancı çalışmasında en sık görülen menopozal semptomun sıcak basması olduğunu rapor etmiştir (141). Bununla birlikte menopoz süresince yaşanan uyku problemleri sıklıkla hormonal değişikliklerle ilişkili olarak geceye özgü sıcak basması ve gece terlemesinden kaynaklanmaktadır. Gece oluşan bu yakınmalar kadında uykusuzluğa neden olabilmektedir. Düzenli ve yoğun şekilde sıcak basması yaşayan kadınların %81’inden daha fazlasında kronik uyku güçlüğü görüldüğü belirtilmiştir (89). Ek olarak Timur ve Şahin 2009 yılında Malatya’da menopozal dönemdeki 887 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada uyku güçlüğü prevalansını %54 olarak belirtmişlerdir (108). Dolayısıyla çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar literatür bulguları ile önemli ölçüde desteklenmektedir.

Menopozal dönem aynı zamanda çok sayıda kronik hastalığın da ortaya çıktığı bir süreçtir. Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında menopoz semptomlarının daha fazla görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma vardır. Chedraui ve Elsabagh çalışmalarında en sık görülen menopozal semptomların; kas ve eklem rahatsızlıkları, depresif duygu-durum, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olduğunu saptamışlardır (142, 143). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında ise; HBS olan olgularda en sık görülen hastalıkların depresyon, anksiyete, gastro özofageal reflü ve migren olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada depresyonun HBS olan olgularda neredeyse 4 kat daha fazla görüldüğü, HBS’nin uyku bozuklukları ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak depresif semptomlara yol açabileceği ifade edilmekle birlikte yorgunluk, konsantrasyon azalması gibi HBS semptomlarının da yanlış olarak depresif semptomlar olarak yorumlanabileceği de belirtilmiştir (134). Ayrıca Koyuncu çalışmasında herhangi bir kronik hastalık öyküsü olan kadınlarda ciddi menopoz semptom sıklığının olmayanlara göre iki kat daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (44).

Çalışmamıza katılan kadınlara menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunları için yapılan uygulamalar sorulmuştur. Alınan yanıtların çoğunluğunun yürüyüşe

çıkma kategorisinde yoğunlaştığı (HBS'li olan kadınların %25.8'i, HBS'li olmayan kadınların %25.1'i) ve katılımcıların azalan yüzdelerle sırasıyla dua etme, kolay çıkabilecek giysiler giyme, uyuşan bölgeye masaj yapma, ısınan bölgelere soğuk uygulama yapma, bu durumu biriyle paylaşma, beslenmesine önem verme gibi başka faaliyetleri de yaptıkları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Aukerman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; HBS'li olan katılımcıların yürüyüşe çıkmayı tercih etme nedeni olarak, yapılan egzersizin HBS semptomlarında belirgin azalmaya neden olduğunu belirttikleri ifade edilmiştir (86). Milanlıoğlu'nun yaptığı çalışmada yatmadan önce yapılan sıcak bir banyonun, konsantrasyon gerektiren bazı işlerle meşgul olmanın, bacaklara soğuk veya sıcak olarak yapılan bazı uygulamaların da hastalardaki semptomları azalttığı ortaya konulmuştur. Yine bu çalışmada son zamanlarda kognitif davranışçı terapinin de etkili olduğu söylene de bu konuyla ilgili halen yeterli çalışma yoktur (95). Yapılan literatür taraması sonucunda non-farmakolojik tedavi seçeneklerin ve bu tedavilerin etkinlikleri ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızda HBS'li olan/olmayan kadınların, menopoza yönelik tedavi alıp almadıkları incelenmiş; HBS'li olan kadınların, %88.3'ünün, HBS'li olmayan kadınların ise %91.1'inin menopoza yönelik tedavi almadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Araştırmamıza paralel bir bulgu Yurdakul ve arkadaşlarının 1-5 yıl önce menopoza giren kadınlarla yaptığı araştırmada da ortaya çıkmıştır. Söz konusu çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlasının menopozal dönemle ilgili özellikle fiziksel rahatsızlıklar yaşadığı, buna rağmen %72.3'ünün herhangi bir sağlık hizmeti almadığı bulgusu dikkat çekmiştir (48). Araştırmamızda kadınlara menopoza yönelik nasıl bir tedavi uyguladıkları sorulduğunda HBS'li olan kadınların %85.2'sinin ve HBS'li olmayan kadınların ise %81.2'sinin menopoz döneminde HRT aldığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Timur ve Hotun Şahin de çalışmalarında HRT menopoz dönemindeki kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı semptomları gidermek ve yaşam kalitesinde artış sağlamak amacıyla kullanıldığını belirtmişlerdir (104).

5.2. HBS Şiddet Değerlendirme Ölçeği Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza katılan kadınların yarısına yakınının (%43.8) HBS semptomları şiddetliken, %33.2'sinin orta, %20.7'sinin çok şiddetli ve sadece %2.3'ünün hafif skorlara sahip olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.6). Deveci ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada HBS saptananlarda semptom şiddeti oranları; %7.7 hafif, %64.1 orta, %17.9 şiddetli, %10.3 ise çok şiddetli şeklinde belirtilmiştir (134). Demircioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; üniversite öğrencilerinin %7.6'sında HBS saptandığını ve bu öğrencilerin %94.1'inde semptomların hafif ve orta düzey olduğunu ve HBS bulunan öğrencilerin fiziksel ve mental yaşam kalitesinin bulunmayanlara göre anlamlı olarak daha kötü olduğunu ve ayrıca, HBS şiddet düzeyi ile fiziksel yaşam kalitesi arasında anlamlı negatif ilişkinin varlığını göstermektedir (89).

5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda kadınların %57.2'sinin kötü uyku kalitesine sahipken, %42.8'inin iyi olarak nitelendirilen uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.7). Çölbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da uyku kalitesi bozuk olanlar, HBS'si olmayanlarda %59.6 iken, HBS'li olanlarda %79.1 olarak saptanmıştır. Ayrıca HBS varlığına göre uyku kalitesinin dağılımı incelendiğinde; HBS'li olanların uyku kalitesinin HBS'li olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha kötü olduğu bulunmuştur (144). Özer'in çalışmasında da hastalarda son bir aylık subjektif uyku kalitesi PUKİ anketi kullanılarak değerlendirilmiş, HBS olan hasta grupta skor HBS olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek belirlenmiş ve HBS'li grupta uyku kalitesi daha kötü olarak tespit edilmiştir (128).

Çalışmamızda HBS'li olan kadınların PUKİ'den elde ettikleri puanların ortalamaları (8.11±3.90) olup, HBS'li olmayan kadınlara (6.01±6.86) göre daha yüksektir. Ortalamalar arasında gözlenen bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0.05) (Bkz. Tablo 4.8). Sonuç olarak, HBS'li olmayan kadınların uyku kalitesinin HBS'li kadınlara göre daha iyi olduğu şeklinde bir sonucun ortaya çıktığını söylemek

mümkündür. Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı popülasyonda HBS olan olgularda, olmayanlara göre uyku kalitesinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Çünkü HBS yoğun hareketlere dolayısıyla da insomnia veya aşırı gündüz uyuklamalarına yol açabilmektedir (145). Phillips ve arkadaşları HBS sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada; HBS riskine sahip olan hastaların %52'sinin uyku apne açısından yüksek riske sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında istenmeyen hareketler nedeniyle gece uyku süresinin kısalması, uykuya dalma süresinin uzaması gibi uyku davranış bozuklukları ile HBS arasında da güçlü birliktelik olduğunu belirtmişlerdir (146). Deveci ve arkadaşları çalışmalarında HBS olanların olmayanlara göre ortalama uyku süresinin daha kısa ve uykuya dalma süresinin daha uzun olduğunu saptamışlardır. (134). Allen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, HBS semptomlarının oranı; uykuya ilişkin semptomlar için %75 olarak bildirilmiş ve bu çalışmada hastaların %75'ten fazlası, en az 1 tane uykuya ilişkin semptom bildirmişlerdir. HBS'nin duyuşal ve motor anormalliklerinin sonucunda uykuya dalma problemleri ve yetersiz uyku saati nedeniyle uyku kalitesini bozduğu ve bu durumun gün içindeki aktiviteleri ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamışlardır (26). Güzel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hasta olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında; uyuşma, yanma, kramp gibi duyuşal semptomların hasta grubunda neredeyse iki katı daha sık görüldüğü ve HBS'nin hastalarca tanımlanan çoğu semptomunun uyku kalitesini etkilediği belirtilmiştir (133). Çölbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HBS varlığıyla beraber uyku kalitesinin anlamlı olarak daha da bozulduğu, uyku latensi ve uyku bozukluğunun arttığı saptanmıştır (144).

Çalışmamızda HBS'li olan kadınların PUKİ ölçeğinin alt boyutlarından elde ettikleri puanların ortalamalarının HBS'li olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. HBS'li olan ve olmayan iki grup PUKİ puanları açısından karşılaştırıldığında alt ölçeklerden günlük işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0.05$). Özne uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt ölçek puanları HBS'li olan grupta istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha kötüdür ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.9). Özer'in çalışmasında subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu puanlaması da, HBS olan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (128). Yapılan başka

çalışmalarda da uyku latensi HBS olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Uykunun HBS olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha bozuk ve global skor, HBS olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup hastalarda subjektif uyku kalitesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, gündüz işlev bozukluğu, uyku ilacı kullanma açısından HBS olup olmamasına göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (144).

5.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve HBS Şiddet Değerlendirme leği Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre; HBS hastalık Şiddeti, orta Şiddetli grupta olanların (%58.5) uyku kalitesi diğerlerine göre daha iyidir. Katılımcı kadınların hastalık Şiddeti Şiddetli grupta olunca (%47.6) uyku kaliteleri daha kötü olmaktadır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.10). Güzel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da hastalığa eşlik eden uyku bozukluğu ve periyodik bacak hareketi sıklığına bakılmış ve periyodik bacak hareketlerinin hastaların %61.1'inde, uyku bozukluğunun ise %53.7'sinde olduğu saptanmıştır. Periyodik bacak hareketleri olanların %85.3'nde uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (133).

5.5. Yaşam Kalitesi leği Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

HBS'li olan kadınların Yaşam Kalitesi leği'nden elde ettikleri puanların ortalamalarının (19 ± 3.62), HBS'li olmayanlara (67.59 ± 13.09) göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ortalamalar arasında gözlenen bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bir farklılaşmaya neden olmuştur. Başka bir ifadeyle, HBS'li olan kadınların yaşam kalitesinin, HBS'li olmayanlara göre daha kötü olduğunu söylemek istatistiksel olarak mümkündür ($p<0.05$). Literatür taramasında menopoza döneminde huzursuz bacak sendromu yaşayan kadınların yaşam kalitelerini irdeleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak menopoza dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini inceleyen çalışmalarda kadınların çoğunluğunun yaşam kalitesi puanının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (48).

HBS'li olan kadınların Fiziksel Fonksiyon alt boyutundan elde ettikleri puanların ortalamalarının (1.95 ± 0.58), HBS'li olmayanlara (21.81 ± 6.14) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Fiziksel-Rol Sınırlamaları boyutunda da HBS'li olan kadınların ortalamalarının (1.34 ± 0.44) diğerlerine göre (5.92 ± 1.87) daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Genel Sağlık Algısı alt boyutu incelendiğinde de; benzer bir bulguya rastlanmış ve HBS'li olan kadınların ortalamalarının (2.83 ± 0.54), HBS'li olmayanlara (5.88 ± 1.22) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Enerji ve Zindelik alt boyutunda HBS'li olan kadınların ortalamalarının (3.07 ± 0.74), diğerlerine göre (13.98 ± 3.98) çok daha düşük değerler alması dikkat çekici bir bulgudur. Sosyal Fonksiyonellik ve Mental-Rol alt boyutları HBS'li olan kadınların ortalamalarının, HBS'li olmayanlara göre daha düşük olduğu diğer alt boyutlardır. Yaşam Kalitesi Ölçeği Parametreleri içerisinde Ağrı alt boyutunda, HBS'li olan kadınların ortalamalarının (7.66 ± 1.41), HBS'li olmayanlara (3.09 ± 2.92) göre daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Benzer bir sonuç Ruh Sağlığı alt boyutunda ortaya çıkmış ve HBS'li olan kadınların ortalamalarının (2.19 ± 1.51), HBS'li olmayanlara (0.31 ± 1.63) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Söz konusu bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı incelendiğinde, sadece Ruh sağlığı alt ölçeğinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0.05$). Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon, fiziksel-rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji ve zindelik, sosyal fonksiyonellik ve mental-rol alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Literatür incelendiğinde; elde edilen bazı bulguların araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte olduğu belirlenmiştir. Örneğin, Demircioğlu ve arkadaşları HBS skoru ile SF-36 Fiziksel, Zihinsel ve Toplam skorlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif korelasyon olduğunu saptamışlardır (89). Taylor ve Gjevre tarafından yapılan çalışmada HBS şiddetinin yaşam kalitesini, sosyal fonksiyonu ve emosyonel iyilik halini de etkilediği bildirmişlerdir (147). McCrink ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, semptomların özellikle geceleri daha şiddetli olduğunu, hastalığın günlük yaşamı etkilediğini bildirmişler ve hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin bozulduğunu gözlemlemişlerdir (148). Gökçal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada HBS olgularında HBS olmayanlara göre yaşam kalitesinin düşük olduğu ve bu farkın özellikle ağrı, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon ve toplam fiziksel sağlık alanlarında belirginleştiğini belirtmişlerdir (149).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Menopozal dönemdeki kadınlarda huzursuz bacak sendromunun görülme sıklığı, yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlanan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Araştırmaya katılan kadınların %41.6'sının HBS tanı kriterlerini karşıladığı, %58.4'ünün HBS tanı kriterlerini karşılamadığı; kadınların çoğunluğunun (HBS'li %50.4 ve HBS'li olmayan %46.8) 56-65 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1).
- Araştırmada kadınların çoğunluğunun (HBS'li olan= %80.5 ve HBS'li olmayan=%79.7) evli ve çoğunluğunun (HBS'li olan=%83.2, HBS'li olmayan=%85.8) ev hanımı olduğu saptanmıştır (p>0.05). Kadınların öğrenim durumları incelendiğinde; HBS'li kadınların %84.4'ünün, HBS'li olmayan kadınların ise %81.3'ünün ilkökul eğitim düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.1).
- Çalışmada ekonomik durum yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu, HBS'li %83.2'si ve HBS'li olmayan kadınların %69.6'sı gibi büyük bir çoğunluğunun “Gelirim giderimden eksik” ekonomik durum kategorisinde yoğunlaştığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1).
- Araştırmada HBS'li kadınların %78'inin, HBS'li olmayan kadınların %61.5'inin HBS'yi bilmedikleri saptanmış, diğer bir bulgu ise HBS tanısı olan kadınların %88.7'sinin ailesinde HBS tanısının olması, ailesinde HBS tanısı olan kadınların da çoğunluğunun (%63) annesinde bu tanının bulunmasıdır (Bkz. Tablo 4.2).
- Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun (HBS'li olan %77.3, HBS'li olmayan %84.4) sigara kullanmadığı, sigara kullananların ise (HBS'li olan %55.4 ve HBS'li olmayan %71.2) çoğunun günde 1-10 tane sigara içtiği ortaya çıkmıştır. Benzer bir bulgu kahve tüketiminde gözlenmiş olup; (HBS'li olan %67.2 ve HBS'li olmayan %68.8 kadının çoğunun kahve

içmediği, kahve içenlerin ise (HBS'li olan %79.1 ve HBS'li olmayan %89.4) çoğunun günde 1-3 fincan kahve içtiği saptanmıştır. Ayrıca HBS'li kadınların %68'inin düzenli olarak spor yapmadığı ortaya çıkan bir başka sonuç olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3).

- Araştırmada HBS'li olan/olmayan kadınların %86.3'ünün düzenli olarak ilaç kullandığını (HBS'li olan %73.4, HBS'li olmayan %64.1) saptanmıştır. Ayrıca HBS'li olan %86.3 ve HBS'li olmayan %79.4 kadının çoğunun kronik bir rahatsızlığa sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4).
- Araştırmada HBS'li olan/olmayan kadınların, büyük çoğunluğunun doğal yollarla menopoza girdiği saptanmıştır (HBS'li kadınların %82.4, HBS'li olmayan kadınların %78). Ayrıca HBS'li olan kadınların %96.1 ve HBS'li olmayan kadınların %88 gibi bir çoğunluğunun menopozda sağlık sorunları yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Sağlık sorunlarının sıcak basması sorunu kategorisinde yoğunlaştığı saptanmıştır (HBS'li kadınların %80.9, HBS'li olmayan kadınların %57.9) (Bkz. Tablo 4.5).
- Çalışmada kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunlarının çoğunluğunun her iki grupta yürüyüşe çıkma kategorisinde yoğunlaştığı saptanmıştır (HBS'li olan kadınların %25.8, HBS'li olmayan kadınların %25.1) (Bkz. Tablo 4.5).
- Araştırmada HBS'li olan kadınların, %88.3'ünün, HBS'li olmayan kadınların ise %91.1'inin menopoza yönelik tedavi almadığı diğer taraftan, HBS'li olan kadınların %85.2'sinin ve HBS'li olmayan kadınların ise %81.2'sinin menopoz döneminde HRT aldığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.5).
- Çalışmaya katılan kadınların yarısına yakınının (%43.8) HBS semptomları şiddetliken, %33.2'sinin orta, %20.7'sinin çok şiddetli ve sadece %2.3'ünün hafif skorlara sahip olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.6).
- Çalışmaya katılan kadınların %57.2'si kötü uyku kalitesine sahipken, %42.8'i iyi olarak nitelendirilen uyku kalitesine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.7). Çalışmada HBS'li olan kadınların Pittsburgh

Uyku Kalitesi İndeksi'nden elde ettiklerin puanların ortalamalarının (8.11 ± 3.90), HBS'li olmayan kadınlara (6.01 ± 6.86) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.8). Sonuç olarak, HBS'li olmayan kadınların uyku kalitesinin HBS'li kadınlara göre daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır.

- Çalışmada HBS'li olan kadınların ölçeğin alt boyutlarından elde ettikleri puanların ortalamalarının HBS'li olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. HBS'li olan ve olmayan iki grup PUKİ puanları açısından karşılaştırıldığında alt ölçeklerden günlük işlerde aksama ve uyku ilacı kullanımı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Uyku kalitesi, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt ölçek puanlarının HBS'li olan grupta istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha kötü olduğu ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.9).
- Çalışmada elde edilen bulgulara göre HBS hastalık şiddeti, orta şiddetli grupta olanların (%58.5) uyku kalitesi diğerlerine göre daha iyidir. Katılımcı kadınların hastalık şiddeti şiddetli grupta olunca (% 47.6) uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.10).
- Araştırmada HBS'li olmayan kadınların yaşam kalitesinin HBS'li olanlara göre daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.11). Araştırmada HBS'li olan kadınların Fiziksel Fonksiyon alt boyutundan elde ettiklerin puanların ortalamalarının (1.95 ± 5.58) HBS'li olmayanlara (21.81 ± 6.14) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Fiziksel-Rol Sınırlamaları boyutunda da HBS'li olan kadınların ortalamalarının (1.34 ± 4.44) diğerlerine göre (5.92 ± 1.87) daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Genel Sağlık Algısı alt boyutu incelendiğinde de benzer bir bulguya rastlanmıştır ve HBS'li olan kadınların ortalamalarının (2.83 ± 5.54), HBS'li olmayanlara (5.88 ± 1.22) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Enerji ve Zindelik alt boyutunda HBS'li olan kadınların ortalamalarının (3.07 ± 7.4), diğerlerine göre (13.98 ± 3.98) çok daha düşük olduğu bulunmuştur. Sosyal Fonksiyonellik ve Mental-Rol alt boyutları HBS'li olan kadınların ortalamalarının, HBS'li olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği Parametreleri

içerisinde Ağrı alt boyutunda, HBS'li olan kadınların ortalamalarının 87.66 ± 1.419 , HBS'li olmayanlara (3.09 ± 2.92) göre daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Benzer bir sonuç Ruh Sağlığı alt boyutunda ortaya çıkmış ve HBS'li olan kadınların ortalamalarının (2.19 ± 1.51), HBS'li olmayanlara (2.31 ± 1.63) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Söz konusu bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı incelendiğinde, sadece Ruh sağlığı alt ölçeğinde ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon, fiziksel-rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji ve zindelik, sosyal fonksiyonellik ve mental-rol alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılıklar olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.12).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Menopoz polikliniğinde danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasının,
- Kadınların kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlayacak menopozal dönemde yaşanan sorunlarla sağlıklı baş etme yolları kullanmalarını sağlamak, kadınların menopozal dönemde yaşadıkları sıkıntıları tedavi eden sağlık kuruluşlarının yaygınlaştırılması, bu kuruluşlarda ucuz ve ulaşılabilir hizmet sunulmasını amaçlayan çalışmalarda ebe/hemşirelerin görev alması, kadınların yaşam kalitelerini artırmak için özel programların yapılmasının,
- Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini artırmak için uykusuzluk yakınmalarının ele alınması ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasının,
- Tıp, hemşirelik ve ebelik eğitiminde HBS'nin menopozal dönem, uyku ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin vurgulanmasının,
- HBS, toplumda sık görülen bir hastalıktır. Patogenezin daha iyi anlaşılması ve daha iyi tedavi seçeneklerinin ortaya konulabilmesi için gelecekte daha

geniş hasta sayılarının olduğu kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Menopozal dönemdeki kadınların toplumda halen yeterince bilinmeyen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen HBS açısından değerlendirilmesinin faydalı olacağını düşünmekteyiz.

- Kadınlarımızın eğitim düzeyinin yükseltilmesi menopozal dönemlerdeki kadınların yaşam kalitesini yükseltecek öneriler olarak sunulabilir.
- Eğitim programlarıyla desteklenen kadınların; risklere yönelik bilgi sahibi olduğunda sorunları daha erken tanıyıp, sorunlarla daha iyi başedebileceği, özbakım gücünün yükseleceği ve yaşam kalitesinin artacağı düşüncesindeyiz.



7. KAYNAKLAR

1. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu LS. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara, Güneş Kitabevi. 1987; 830-1359.
2. Görgel EB, Çakıroğlu FP. *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi; 2007:3-12.
3. World Health Organization The World Health Report 1998; Life in the 21st Century-a Vision for All. Geneva, Switzerland: WHO 1998.
4. Barlow BH. Hormone Replacement Therapy And Other Menopausal Associated. Conditions. In: Khaw, K.T. Ed. Hormone Replacement Therapy. Churchill Livingstone, 357-365, London.
5. Luzuy F, Campana A. The Menopause. In: Campana, A. Ed. Reproductive Health. Ares-Serono Suymposia publications, 137-145, Geneva.
6. Mishra G, Kuh D. Perceived Change in Quality of Life During the Menopause, *Social Science & Medicine*, 62, 93-102, 2006.
7. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18618>, (31.08.2016).
8. Erdem Ö. Menapoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar Ve Baş Etme Yolları, T.C Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, 2006.
9. Gezer A. *Menopoz ve Osteoporoz*, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Ankara, Güneş Kitabevi, Ofset Matbaacılık, 2004, 1163-1165.
10. Atasü T. Menopoz-tedavisi ve kanser 'de: Atasü T (Editör). *Menopoz: Tanım ve Terminoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.13-26.
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, 2014.

12. Taşkın L. *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbacılık, 2011; 119-128.
13. Willis T. *The London Practice of physick*. 1st ed, London, Basset ve Crooke; 1685:404.
14. Ekblom KA. Restless legs. *Acta Med Scand*. 1945; 158:1-123.
15. Walters AS. Toward a better definition of the Restless Legs Syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. *Mov Disord*. 1995; 10: 634-642.
16. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 2137-2141.
17. Johnson E. *Omnibus Sleep in American Poll*. Washington DC, *National Sleep Foundation* 1999.
18. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Tireli H. Huzursuz Bacak Sendromu: Klinik ve Demografik Değerlendirme, *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi* 2006;9:92-103.
19. Spiegelhalder K, Hornyak M. Restless legs syndrome in older adults, *Clin Geriatr Med* 2008;24:167-180.
20. Montplaisir J, Baucher S, Poirier G. Clinical polysomnographic and genetic characteristics of Restless Leg Syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standart criteria. *Mov. Disord* 1996; 12: 61-65.
21. Bassetti CL, Mauerhofer D, Gugger M, Mathis J, Hess CW. Restless Legs Syndrome: a clinical study of 55 patients. *Eur Neurol*, 2001; 45: 67-74.

22. Merlino G, Valente M, Serafini A, Gigli GL. Restless legs syndrome: diagnosis, epidemiology, classification and consequences. *Neurol Sci* 2007;28: 37-46.
23. Sevim S, Dogu O, Camdeviren H, Bugdayci R, Sasmaz T, Kalegasi H, et al. Unexpectedly low prevalence and unusual characteristics of RLS in Mersin, Turkey. *Neurology* 2003;61: 1562-9.
24. Hening W, Allen RP, Tenzer P, Winkelman JW. Restless legs syndrome: Demographics, presentation, and differential diagnosis, *Geriatrics* 2007;62: 26-9.
25. Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population, *Arch Intern Med.* 2004, Jan 26;164(2):196-202.
26. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless Legs syndrome prevalence and impact: Rest General Population Study, *Arch Intern Med* 2005;165:1286-92.
27. Sun ER, Chen CA, Ho G, Earley CJ, Allen RP. Iron and Restless Legs Syndrome. *Sleep* 1998;21:371-377.
28. Allen RP and CJ Earley. Validation of the Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale. *Sleep Med*, 2001; 2:239-242.
29. Allen RP, Abetz L, Washburn T, Earley CJ. The impact of restless legs syndrome (RLS) on sleep and cognitive function, *Eur J Neurol*, 2002; 9:50.
30. Abetz L, Allen R, Follet A, Washburn T, Earley C, Kirsch J et al. Evaluating the quality of life of patients with restless legs syndrome. *Clin Ther*, 2004; 26:925-935.
31. Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:4,Sayı:1. 2011.

32. Benbir G, Kaynak D, Kaynak H. Huzursuz bacak sendromu ve uykuda periyodik hareket bozukluğu, *Türk Noroloji Dergisi* 2004;10:117-123. RLS Medical Bulletin 2005.
33. Erdem N. Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Erzurum, 2005; 8-12.
34. Yüksel S. Tip I ve Tip II Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2007.
35. Özer K. Gebe Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.
36. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009;23(1):25-32.
37. Vehid S, Köksal S, Aran S, Kaypmaz A, Ortalama doğal menopoz yaşına etkisi olan bazı faktörler, *İst Tıp Fak. Mecmuası* 64:1-2, 2001.
38. Özdemir O, Çöl M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. *Maturitas*. 2004;49(3):211-9.
39. Dişçigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Söylemez A, Cetin G. Perception of menopause in a group of women living in Aydın and Muğla, Turkey. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2008;28(4):494-9.
40. Carda SN, Bilge SA, Öztürk TN, Oya G, Ece O, Hamiyet B., *The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women*. *Maturitas*, 1998;30(1):37-40.
41. Tokuç B, Kaplan P, Balık G, Gül H. Quality of life among women who were attending to Trakya University Hospital menopause clinic, *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*. 2006;3(4):281-7.

42. Mehmetoglu, H.Ç. Uludag Üniversitesi Tıp Fakültesi Ders Notları.2005.
43. Sherman, S. defining the menopausal transition, *The American Journal of Medicine*, 118 (12), 3-7, 2005.
44. Koyuncu T. Beylikova’da Orta Yaş Kadınlarda Menopoz Semptomları Sıklığı, Menopoz Bilgi Düzeyi Ve Sağlık Eğitiminin Menopoz Semptomları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, Eskişehir 2015.
45. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Journal of women's health & gender-based medicine*, 2001;10(9):843-8.
46. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences, *Maturitas*. 2010;65(2):161-6.
47. Timur S. Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul,2008.
48. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *F.Ü. Saç. Bil. Derg.*, 2007: 21 (5): 187 – 193.
49. Archer D, Sturdee D, Baber R, De Villiers T, Pines A, Freedman R, et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*. 2011;14(5):515-28.
50. Green SM, McCabe RE, Soares CN. *The Cognitive Behavioral Workbook for Menopause: A Step-by-Step Program for Overcoming Hot Flashes, Mood Swings, Insomnia, Anxiety, Depression, and Other Symptoms*: New Harbinger Publications; 2012.

51. Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, et al. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women, *Menopause*. 2004;11(1):49-56.
52. Warriner AH, Saag KG, *Osteoporosis diagnosis and medical treatment. Orthopedic Clinics of North America*. 2013;44(2):125-35.
53. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Osteoporoz Risk Faktörlerinin Kemik Mineral Yoğunluğuyla İlişkisi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi*. 2013;19(3):74-80.
54. Durmuşoğlu F. Postmenopozal Osteoporoz Tedavisi: Kalsiyum ve Vitamin D. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics*. 2009;2(3):74-7.
55. Yıldırım A. Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2010;38 Suppl 1: 32-40.
56. Kayıkçıoğlu M. Kadınlarda iskemik kalp hastalıkları, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2010;38(1):41-9.
57. Demirgöz Bal M. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul, 2011.
58. Duran Ö. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarının belirlenmesi, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sivas, 2014.
59. Saka, G. Ceylan A, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yas üzeri kadınların menapoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları, *Dicle Tıp Dergisi*, 32(2), 77-83, 2005.

60. Oertel WH, Trenkwalder C, Zucconi M, Benes H, Borreguero DG, Bassetti C, et al. State of the art in Restless Legs Syndrome: practice recommendations for treating Restless Legs Syndrome. *Mov Disord* 2007;22:466-75.
61. Erel CT. Menapoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri, *Tıpta Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6, 53-57, 2004.
62. Orhan Ergin İ. Menopozal Yakınmalar ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki / Correlation Between Menopausal Complaints And Personality Characteristics. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, 2016.
63. Ercan Toptaner N. Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Koroner Kalp Hastalıklarından Korunmaya Yönelik Programın Kalp Sağlığı Üzerine Etkileri, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi.
64. Callieri B. and R. Priori [A rare aspect of “restless legs”. (Ekbom’s asthenia crurum paraesthetica)]. *Riv Sper Freniatr Med Leg Alien Ment*, 1962; 86: 227-33.
65. Chaudhri KR, Ferini-Strambi L, Rye D. Restless Legs Syndrome. *Oxford, Oxford University Press* 2009.
66. Ekbom K, Ulfberg J. Restless legs syndrome. *Journal Of Internal Medicine* 2009;266:419-431.
67. Kahraman H. Birinci Basamakta Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin, Huzursuz Bacak Sendromu Konusundaki Eğitim Gereksinimlerinin Araştırılması, Uzmanlık tezi, İzmir, 2011.
68. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Biçer S, Özel S. Osteoporozda Uykunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2013;19: 32-7.

69. Ghorayeb I, Bioulac B, Scribans C, Tison F. Perceived severity of Restless Legs Syndrome across the female life cycle. *Sleep Med* 2008;9:799-802.
70. Bilgilişoy Filiz M, akır T. Güncel tanı kriterleri ile huzursuz bacak sendromu, *Türk Osteoporoz Dergisi* 2015;21: 87-95.
71. Acar S, Gencer AM. Huzursuz bacak sendromunda genetik. *Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi* 2005; 51:156-60.
72. Vignatelli L, Billiard M, Clarenbach P, Garcia-Borreguero D, Kaynak D, Liesiene V. EFNS guidelines on management of Restless Legs Syndrome and periodic limb movement disorder in sleep. *Eur J Neurol* 2006;13:1049-65.
73. Yüksel B, Seven A, Yıldız Y, Kucur SK, Gözükara İ, Polat M, Şencan H, Keskin N. Gebelikte huzursuz bacak sendromu restless leg syndrome in pregnancy. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*; Volüm: 12, Sayı: 4, Sayfa: 144-146.
74. Chokroverty S. Editor's corner: restless leg syndrome, a common disease uncommonly diagnosed, *Sleep Med* 2003;4:91-3.
75. Picchietti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents-the Peds REST study, *Pediatrics* 2007;120:253-66.
76. Turjanski N, Lees AJ, Brooks DJ. Striatal dopaminergic function in Restless Legs Syndrome: 18F-dopa and 11C-raclopride PET studies. *Neurology* 1999;52:932-7.
77. Ay FA, Ertem ÜT, Özcan NK, Güneş B, Işık RD, Savran S. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007.
78. Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 2011.

79. Aydemir İH. Edirne İl Merkezindeki 40–59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Edirne, 2007.
80. Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN:1303-5134.
81. Patrick L. Restless legs syndrome. Pathophysiology and the role of iron and folate, *Altern Med Rev* 2007; 12:101-11.
82. Tan BK. Genetics of restless legs syndrome: evidence for a hereditary disorder, *J Neurol* 2007;254 (Suppl 5):68-73.
83. Allen RP. Controversies and challenges in defining the etiology and pathophysiology of restless legs syndrome, *Am J Med* 2007; 120 1 Suppl 1: 13-21.
84. Kushida CA. Clinical presentation, diagnosis and quality of life issues in restless legs syndrome, *The American Journal of Medicine* 2007; 120:4-12.
85. Hensley JG. Leg Cramps and restless legs syndrome during Pregnancy, *J Midwifery Womens Health* 2009; 56: 211-218.
86. Aukerman MM, Aukerman D, Bayard M, Tudiver F, Thorp L, Bailey B. Exercise and Restless Legs Syndrome: a randomized controlled trial, *J Am Board Fam Med* 2006;19: 487–93.
87. Eryavuz N. Hemodiyaliz Ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyonkarahisar, 2007.
88. Kalender Ş. Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı İstanbul, 2015.

89. Demircioğlu TD. Dişçıgi Kavadar G, Esen Öre Ö, Yunus Emre T, Yaka U. Relationship Between Restless Leg Syndrome And Quality Of Life İn Üremic Patients. *Ağrı* 2015;27(2):73-78 doi: 10,5505/agri.2015,19327, April 2015.
90. Agargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geğerliği ve güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996 7,107-15.
91. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı*. Vehbi Koğ Vakfı, 1. Baskı. İstanbul, 2003.
92. Mete Civelek G. Fibromiyalji Sendromu Ve Huzursuz Bacak Sendromu Birlikteliği: Yaşam Ve Uyku Kalitesi Analizi, Uzmanlık tezi, Ankara, 2011.
93. Kahraman H, Özçakar N, Kartal M. *Awareness, attitude and knowledge of family physicians about restless legs syndrome*, *Nobel Med* 2015; 11(2): 29-35 29-35, Turkish.
94. Hening WA. Current guidelines and standards of practice for restless legs syndrome, Review. *Am J Med* 2007;120(1 Suppl 1):22-7.
95. Milanlıoğlu A. Venlafaxine-Induced Restless Legs Syndrome, DOI: 10.5350/DAJPN2012250414, *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25(4), 2012.
96. Oertel WH, Stiasny-Kolster K, Bergtholdt B, Hallström Y, Albo J, Leissner L, et al. Efficacy of pramipexole in Restless Legs Syndrome: a six-week, multicenter, randomized, double-blind study (effect-RLS study), *Mov Disord* 2007; 22:213-9.
97. Quilici S, Abrams KR, Nicolas A, Martin M, Petit C, Llew PL, et al. Metaanalysis of the efficacy and tolerability of pramipexole versus ropinirole in the treatment of Restless Legs Syndrome, *Sleep Med* 2008;9:715-26.

98. Trenkwalder C, Hening WA, Montagna P, Oertel WH, Allen RP, Walters AS, et al. Treatment of Restless Legs Syndrome: an evidencebased review and implications for clinical practice, *Mov Disord* 2008;23:2267-302.
99. Grote L, Leissner L, Hedner J, Ulfberg J. A randomized, doubleblind, placebo controlled, multi-center study of intravenous iron sucrose and placebo in the treatment of Restless Legs Syndrome, *Mov Disord* 2009;24:1445-52.
100. Thorpy MJ. Restless legs syndrome and periodic limb movements. In: Current Clinical Practice: Primary Care Sleep Medicine, A Practical Guide. Eds. Pagel JF, Pandi-Perumal SR. Totowa NJ, *Humana Press Inc* 2007; 283-296.
101. Clark M. Restless legs syndrome. Current Clinical Practice, In: Essential Practice Guidelines in Primary Care. Ed Skolnik NS, *Totowa NJ, Humana Press Inc* 2007; VI: 317-321.
102. Yee B. Restless legs syndrome, *Austr Fam Physician* 2009; 38; 296-300.
103. Ferini-Strambi L, Manconi M. Treatment of restless legs syndrome, *Parkinsonism Relat Disord* 2009; 15 (supp4):S65-70.
104. Timur S, Hotun Şahin N. Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:3,Sayı:3. 2010.
105. Öztürk MO. *Uyku Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004; 64-65.
106. Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları, *Psikiyatri Dünyası*, 2001; 5, 41-48.
107. Taşkıran N. Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tez, Tez no: 2009-011 Afyon, 2009.

108. Timur S ve Şahin NH. Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: A population-based study. *Maturitas*, 2009, 64: 177-181.
109. Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İhan N. Uyku ve uyku bozuklukları, *Genel Tıp Dergisi* 1997;7:161-6.
110. Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN:1303-5134.
111. Arslan Ş, Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi, *Turkish Journal of Geriatrics*, Geriatri 2(4): 173-178,1999.
112. Beşiroğlu L, Ağargün MY. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalıkla ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17(3): 213-22.
113. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon, Uzmanlık tezi, İstanbul 2006.
114. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Trakya Üniversitesi, Yüksek Lisans Bitirme tezi 2007, 9-10.
115. Ölüç F. Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2007.
116. Kharbouch SB, Şahin NHB. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 15(59), 82-90. 2007.
117. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2015(1):1-11.
118. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short-form health survey1: conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 1992, 30(6):473-483.

119. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999, 12(2):102-106.
120. Güzel S. Huzursuz Bacak Sendromu Olan Kadınlarda Hormonal Değişikliklerin Hastalık Şiddeti, Uyku Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Ankara, 2009.
121. Ondo WG. Restless legs syndrome. *Neurol Clin* 2009; 27: 779-799.
122. The International Restless Legs Syndrome Study Group. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group Rating Scale for restless legs syndrome, *Sleep Med* 2003;4(2):121-132.
123. Restless Legs syndrome (RLS): the continuing development of diagnostic standards and severity measures, Editorial, *Sleep Medicine* 4, 2003, 95-97.
124. Mathis J. Update on restless legs, *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 687-696.
125. Montplaisir J, Denesle R, Petit D. Pramipexole in the treatment of restless legs syndrome: A follow-up study (in process citation), *Eur J Neurol*. 2000;7: 27.
126. Högl B, Kiechl S, Willeit J, Saletu M, Frauscher B, Seppi K, Müller J, Rungger G, Gasperi A, Wenning G, Poewe W. Restless legs syndrome: a community-based study of prevalence, severity, and risk factors, *Neurology*, 2005 Jun 14;64 (11):1920, 4.
127. Taşdemir M, Erdoğan H, Boru UT, Dilaver E, Kumaş A. Epidemiology of Restless Legs Syndrome in Turkish adults on the western Black Sea coast of Turkey: A door-to-door study in a rural area, *Sleep Med* 2010;11:82-6.
128. Özer Y. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı Ve Uyku Kalitesine Etkisi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Afyonkarahisar, 2008.

129. Cho YW, Shin WC, Yun CH, Hong SB, Kim JH, Allen RP, et al. Epidemiology of Restless Legs Syndrome in Korean adults, *Sleep* 2008, 31:219-23.
130. Weiland SK, Iron metabolism and the risk of Restless Legs Syndrome in an erderly general population, The MEMO study, *J Neurol*, 2002, 249; 1195-1199.
131. Çetinkaya, Y, Yılmaz NC, Turkoglu R, Gencer M, Tireli H. The relationship between tension-type headache patients with anemia and restless-leg syndrome. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 2009, 26(3), 305-310.
132. Lavigne GL, Lobbezoo F, Rompré PH, Nielsen TA, Montplaisir J. Cigarette smoking as a risk factor or an exacerbating factor for restless legs syndrome and sleep bruxism, *Sleep* 1997;20:290-3.
133. Güzel S, Kurtcebe ZÖ, Şencan S, Turhan N. Doğurganlık çağındaki kadınlarda hormonal değişikliklerin huzursuz bacak sendromu şiddeti, uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2013;59:45-51.
134. Deveci SE, Deveci F, Kırkıl G, Ulaş Ç. Sağlık çalışanlarında huzursuz bacak sendromu sıklığı, *Kocatepe Tıp Dergisi (Kocatepe Medical Journal)* 13: 139-148, Eylül 2012.
135. Winkelmann, J, Muller-Myhsok B, Wittchen HU, Hock B, Prager M, Pfister H, Strohle A, Eisensehr I, Dichgans M, Gasser T, Trenkwalder C. Complex segregation analysis of restless legs syndrome provides evidence for an autosomal dominant mode of inheritance in early age at onset families, *Ann Neurol*, 2002, 52: 297–302.
136. Khan FH, Ahlberg CD, Chow CA, Shah DR, Koo BB. Iron, dopamine, genetics, and hormones in the pathophysiology of restless legs syndrome, *J Neurol* 2017.
137. Kiper S. Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Afyonkarahisar, 2008.

138. Ayhan N. Troid Fonksiyon Bozuklukları Ve Huzursuz Bacaklar Sendromu, T.C. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, . Zonguldak 2009.
139. Hot Flashes Severe hot flashes may be linked to chronic sleep problems, *Obesity, Fitness&Wellness Week*, 2006, 22:1386.
140. Kalra S, Silman A, Akman-Demir, Bohlega S, Borhani-Haghighi A. Constantinescu S.C, Houman H, Mahr A, Salvarani C, Sfikakis P, Siva A, Al-Araji A. Diagnosis and management of Neuro-Behcet's disease: international consensus recommendations, *J Neurol* (2014) 261:1662–1676.
141. Ayrancı U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Women's Health*. 2010;10:1.
142. Elsabagh E, Abd Allah E. Menopausal symptoms and the quality of life among pre/post menopausal women from rural area in Zagazig city, *Life Science Journal*, 2012;9 (2):283-91.
143. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale, *Maturitas*. 2007;57 (3):271-8.
144. Çölbay M. Huzursuz bacak sendromlu hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesi, *Genel Tıp Dergisi* 2007;17(1).
145. Kim KW, Yoon IY, Chung S, et al. Prevalence, comorbidities and risk factors of restless legs syndrome in the Korean elderly population - results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging, *J Sleep Re*. 2010;19:87-92.
146. Phillips B, Hening W, Britz P, Mannino D. Prevalence and correlates of restless Legs Syndrome: results from the 2005 National Sleep Foundation Poll, *Chest* 2006;129:76-80.

147. Taylor-Gjevre RM, Gjevre JA, Skomro R, Nair B. Restless legs syndrome in aRheumatoid arthritis patient cohort. *J Clin Rheumatol*; 15:12–15, 2009.
148. McCrink L, Allen RP, Wolowacz S, Sherrill B, Connolly M, Kirsch J. Predictors of health-related quality of life in sufferers with restless legs syndrome: a multi-national study. *Sleep Med*. 2007 Jan;8(1):73-83. Epub 2006 Oct 4.
149. Gökçal E, Gür VE, Selvitop R, Babacan Yıldız G, Asil T, İdiyopatik Parkinson Hastalığında Motor ve Non-motor Semptomlar ve Yaşam kalitesine Etkileri, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, Arch Neuropsychiatr 2016.



8. EKLER

EK- 1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Alınan Yazılı İzin

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Hamide ALTUNDAĞ'ın Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Huzursuz Bacak Sendromunun (HBS) Görülme Sıklığı, Yaşam ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	03/10
Karar Tarihi	07.07.2015
Karar No.	86

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Prof. Dr. Musa Kazım ARICAN (Katkılandı)	Üye	
Doç. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Cenksu ÜÇER	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	

**EK- 2. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Eğitim Planlama Kurulundan Alınan Yazılı İzin**



T. C.
SAğLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Karar No:48
Konu: Çalışma Başvurusu

31/07/2015

EğİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU KARARI

Ebe Hamide ALTUNDAğ ve Doç.Dr.Yasemin TAŐÇI'nın "Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Huzursuz Bacak Sendromunun (HBS) Görülme Sıklığı, Yaşam ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu tanımlayıcı kesitsel çalışma başvurusu; Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Doç.Dr.Suna OğUZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Nafiye YILMAZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr. Dilek ÜYGÜR
Eğitim Görevlisi/ EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Salim ERKAYA
EPK Kurulu Başkanı/Hastane Yöneticisi

EK- 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) Görülme Sıklığı, Yaşam ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırma için hastane yönetiminden gerekli çalışma izni alınmıştır. Çalışma Ankara iline bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Eğitim Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilecek, çalışma esnasında kadınlara bazı sorular sorularak görüşme başlatılacaktır. Görüşmeler kadınların ve araştırmacıların uygun gördüğü saatte yapılacaktır. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı, soyadı: Hamide ALTUNDAĞ

**EK- 4. Araştırmacı Tarafından Literatür Bilgilerine Uygun Hazırlanan
Bireysel Bilgi Formu**

Sayın katılımcı,

Bu alışma Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Huzursuz Bacak Sedromu (HBS) Görölme Sıklığı, Yaşam ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırma için hastane etik kurulundan ve yönetiminden gerekli izin alınmıştır. Çalışma Ankara iline bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Eğitim Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilecek, çalışma esnasında kadınlara bazı sorular sorularak görüşme başlatılacaktır. Görüşmeler kadınların ve araştırmacıların uygun gördüğü saatte yapılacaktır. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

I.Bireysel Özelliklere İlişkin Sorular

Doğum tarihinizi belirtiniz.

En son mezun olduğunuz okulu belirtiniz.

<input type="checkbox"/>	Okuryazar değil	<input type="checkbox"/>	İlköğretim
<input type="checkbox"/>	Okuryazar	<input type="checkbox"/>	Lise
<input type="checkbox"/>	Üniversite ve üzeri	<input type="checkbox"/>	Diğer (Belirtiniz)

alışıyor musunuz?

Evet () (Cevabınız evet ise mesleğinizi işaretleyiniz.) Hayır ()

Mesleğinizi belirtiniz.

<input type="checkbox"/>	Ev hanımı	<input type="checkbox"/>	Serbest meslek
<input type="checkbox"/>	İşçi	<input type="checkbox"/>	Kendi İş Yeri
<input type="checkbox"/>	Memur	<input type="checkbox"/>	Emekli
<input type="checkbox"/>	Serbest meslek	<input type="checkbox"/>	Diğer (Belirtiniz.....)

Aylık kazancınızı belirtiniz.

500-999 TL 1000-1499 TL 1500-1999TL
2000-2999TL 3000-3999TL 4000TL ve Üzeri

Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Gelirim giderimden fazla

Gelirim giderime denk

Gelirim giderimden eksik

Medeni durumunuzu belirtiniz.

Evli () Bekar () (Hiç evlenmedim/Eşimden ayrıldım/Eşim vefat etti)

II. Genel Tıbbi Öyküye İlişkin Sorular

Sigara kullanma alışkanlığınız var mıdır, kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

Evet () (Sayısını belirtiniztane/gün)Yıl Sayısı : ()

Hayır ()

Kahve içme alışkanlığınız var mıdır?

Evet () (Sayısını belirtinizfincan/gün) Hayır ()

Düzenli olarak (haftada en az 3 kez, ortalama 30 dk.) spor yapar mısınız?

Evet () Hayır () Diğer ()

Ailenizde Huzursuz Bacak Sendromu tanısı olan var mı?

Evet () (Belirtiniz.....) Hayır ()

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) nedir, biliyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Hekim tarafından tanı konmuş sürekli/kronik hastalığınız var mıdır?

Evet () Hayır () (Cevabınız “hayır” ise 12. Soruya geçiniz)

Sürekli/kronik olan hastalığınızı belirtiniz.

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Var	Hastalıklar	Var	Yüksek tansiyon
	Şeker hastalığı		Kemik erimesi
	Kalp hastalığı		Huzursuz Bacak Sendromu
	Sindirim sistemi hastalığı (kabızlık, gastrit, reflü vb.)		Kan hastalığı (anemi, lösemi, lenfoma vb.)
	Psikiyatrik hastalık (panik atak, depresyon vb.)		Kas-iskelet sistemi hastalığı (romatizma, kireçlenme vb.)

	Tiroid hastalığı (guatr, hipertiroidi, hipotiroidi, graves hastalığı vb.)		Solunum sistemi hastalığı (astım, KOAH vb.)
	Uyku Bozuklukları		Böbrek ve idrar yolu ile ilgili hastalık
	Bacaklarda Varis		Romatizmal Hastalıklar
	Kanser		Diğer (belirtiniz.....)

Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mıdır?

Evet () (İlacınızı adını yazınız) Hayır ()

Menopoz girdiğiniz yaşı belirtiniz

Menopoz şeklinizi belirtiniz.

Doğal () Cerrahi ()

Menopoz döneminde yaşadığınız sağlık sorunları var mıdır?

Evet () Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 17. soruya geçiniz.)

Menopoz döneminde yaşadığınız sağlık sorunlarını belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Var	Sorunlar	Var	Sorunlar
	Sıcak basması		Kemik erimesi, Osteoporoz
	Gece terlemesi		Kilo artışı
	Uykusuzluk		Çarpıntı
	Yorgunluk		Deride kuruma
	Baş ağrısı		Cinsel isteksizlik
	Sinirlilik		Ağrılı cinsel ilişki
	Depresyon		Vajinal kuruluk
	Diğer(.....)		

Menopoz döneminde yaşadığınız sağlık sorunlarını için yaptığınız uygulamaları belirtiniz?

	Bu durumu biriyle paylaşma		Isınan bölgelere soğuk uygulama yapma
	Dua etme		Uyuşan bölgeye masaj yapma
	Beslenmesine önem verme		Yürüyüşe çıkma
	Kolay çıkabilecek giysiler giyme		Herhangi bir uygulama yapmama
	Diğer(.....)		

Menapoza yönelik tedavi aldınız mı?

Evet ()

Hayır ()

Menapoza yönelik ne tedavisi aldınız?(.....)

Hormon Replasman Tedavisi (HRT)
Alternatif Yöntemler (Bitkisel kaynaklı hormonlar, Bitkisel östrojenler (Fitoöstrojenler), Kara Yılan Otu, Melek Otu)
Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar(Egzersiz, Yoga, Gevşeme teknikleri, diyet,)
Hormon Dışı Tedaviler(Antikonvülzan İlaçlar, E vitamini, Kalsiyum Preparatları, Bifosfanatlar)

Laboratuvar değerlerini biliyorsanız yazınız.

Hemoglobin:

Hematokrit:

Ferritin:

Kreatinin:

T3 :

T4:

TSH:

EK- 5. Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri Formu

GECE YATTIĞINIZDA VEYA UZANDIĞINIZDA	EVET	HAYIR
1. Bacaklarda uyuşma ile birliktebacaklarınızı hareket ettirme isteğiniz oluyor mu?		
2.Aktif huzursuzluk yani bacaklarınızı yataktan sarkıtma, ovalama, gerilme, kasılma şeklinde sıkıntılarınız oluyor mu?		
3. Bu sıkıntılarınızın istirahat ile şiddetleniyor, hareket ile rahatlıyor mu?		
4-Bu sıkıntılarınız gece şiddetleniyor mu?		

EK-6. Huzursuz Bacak Sendromu-Şiddet Değerlendirme Ölçeği

Çok Şiddetli : 4 Şiddetli :3 Orta Derecede Şiddetli :2 Az Şiddetli :1 Hiç Olmuyor:0

HBS (HUZURSUZ BACAK SENDROMU)	4	3	2	1	0
1. Bacak veya kollarınızdaki HBS şikayetleri hangi oranda oluyor?					
2. HBS nedeniyle hangi oranda hareket etme ihtiyacı duyuyorsunuz?					
3. Hareket ettirmek HBS semptomlarını ne derecede rahatlatıyor?					
4. HBS nedeni ile hangi şiddette uyku bozukluğu oluyor?					
5. HBS nedeni ile hangi şiddette yorgunluk/ uykusuzluk oluyor?					
6. Genellikle HBS şikayetleriniz hangi şiddette oluyor?					
7. HBS şikayetleriniz hangi sıklıkta oluyor?	Haftada 6-7 gün	Haftada 4-5 gün	Haftada 2-3 gün	Haftada 1 gün	Hiç
8.HBS semptomları ne kadar sürüyor?	8 saatten fazla	3-8 saat	1-3 saat	1 saatten az	Hiç
9. HBS hangi şiddette günlük-sosyal aktivitelerinizi etkiliyor?					
10. HBS nedeniyle ruhsal durumunuz hangi şiddette etkileniyor? (Anksiyete, depresyon, irritabilite, sıkıntı, umutsuzluk, karamsarlık)					

EK- 7. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

1-Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

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

.....dakika

3-Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel olarak kalkış saati

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

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

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

(5a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız?

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den az |
| c) Haftada 1- 2 kez | d) Haftada 3 ve çok |

(5b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız?

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den az |
| c) Haftada 1- 2 kez | d) Haftada 3 ve çok |

(5c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız?

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den az |
| c) Haftada 1- 2 kez | d) Haftada 3 ve çok |

(5d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz?

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den az |
| c) Haftada 1- 2 kez | d) Haftada 3 ve çok |

(5e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız?

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den az |
| c) Haftada 1- 2 kez | d) Haftada 3 ve çok |

(5f) Aşırı derecede üşüdünüz?

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a) Geçen hafta boyunca hiç | b) Haftada 1'den az |
| c) Haftada 1- 2 kez | d) Haftada 3 ve çok |

(5g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz?

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1- 2 kez d) Haftada 3 ve çok

(5h) Kötü rüyalar gördünüz?

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1- 2 kez d) Haftada 3 ve çok

(5i) Ağrı duydunuz?

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1- 2 kez d) Haftada 3 ve çok

(5j) Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1- 2 kez d) Haftada 3 ve çok

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

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1- 2 kez d) Haftada 3 ve çok

7-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 az
c) Haftada 1- 2 kez d) Haftada 3 ve çok

8-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

9-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

10-Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

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

EK- 8. Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu form size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Lütfen seçenekleri dikkatli bir şekilde okuyup, **son 1 ay içinde** size en uygun olanını veya en yakın olanını işaretleyiniz.

1-Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mükemmel | <input type="checkbox"/> Çok iyi | <input type="checkbox"/> iyi |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Fena değil | <input type="checkbox"/> Kötü |

2-Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Çok daha iyi | <input type="checkbox"/> Daha iyi | <input type="checkbox"/> Hemen hemen aynı |
| <input type="checkbox"/> Daha kötü | <input type="checkbox"/> Çok daha kötü | |

3-Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şimdilerde sağlığınıza, sizi bu faaliyetler açısından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

a-Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin, ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak?

- Evet oldukça kısıtlıyor
- Evet biraz kısıtlıyor
- Hayır hiç kısıtlamıyor

b-Orta zorlukta faaliyetler, örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak.

- Evet oldukça kısıtlıyor
- Evet biraz kısıtlıyor
- Hayır hiç kısıtlamıyor

c-Çarşı-pazar torbalarını taşımak.

- Evet oldukça kısıtlıyor
- Evet biraz kısıtlıyor
- Hayır hiç kısıtlamıyor

d-Birkaç merdiven çıkmak.

- Evet oldukça kısıtlıyor
- Evet biraz kısıtlıyor
- Hayır hiç kısıtlamıyor

e-Bir kat merdiven çıkmak.

- Evet oldukça kısıtlıyor
 Evet biraz kısıtlıyor
 Hayır hiç kısıtlamıyor

f-Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak.

- Evet oldukça kısıtlıyor
 Evet biraz kısıtlıyor
 Hayır hiç kısıtlamıyor

g-Bir kilometreden fazla yürümek.

- Evet oldukça kısıtlıyor
 Evet biraz kısıtlıyor
 Hayır hiç kısıtlamıyor

h-Birkaç yüz metre yürümek.

- Evet oldukça kısıtlıyor
 Evet biraz kısıtlıyor
 Hayır hiç kısıtlamıyor

i-Yüz metre yürümek.

- Evet oldukça kısıtlıyor
 Evet biraz kısıtlıyor
 Hayır hiç kısıtlamıyor

j-Yıkanmak veya giyinmek.

- Evet oldukça kısıtlıyor
 Evet biraz kısıtlıyor
 Hayır hiç kısıtlamıyor

4-Son 1 ay içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle, aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

a-İş veya iş dışı uğraşlarınıza ayırdığınız zamanı kısmak zorunda kalmak

- Evet Hayır

b-Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek(bitmeyen projeler v.b. gibi)

- Evet Hayır

c-Yapabildiğiniz iş türünde veya diğer faaliyetlerde kısıtlanmak?

- Evet Hayır

d-İş veya diğer uğraşları yapmakta zorlanmak

- Evet Hayır

5-Son 1 ay içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal sorunlarınız nedeniyle (üzüntülü veya kaygılı olmak gibi), aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

a-İş veya iş dışı uğraşlarınıza ayırdığınız zamanı kısmak zorunda kalmak

Evet Hayır

b-Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler v.b. gibi)

Evet Hayır

c-İş veya diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak

Evet Hayır

6-Son 1 ay içerisinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla veya diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç Biraz Orta derecede

Epeyce Çok fazla

7-Son 1 ay içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

Hiç Çok hafif

Hafif Orta hafiflikte

Aşırı derecede Çok aşırı derecede

8-Son 1 ay içerisinde ağrı, normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı Biraz Orta derecede

Epeyce Çok fazla

9-Aşağıdaki sorular son 1 ay içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir.

Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı veriniz. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında...

a-Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça

Bazen Nadiren Hiç

b-Çok sinirli bir kişi oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça

Bazen Nadiren Hiç

c-Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç |

d-Sakin ve huzurlu hissettiniz mi?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç |

e-Çok enerjiniz oldu mu?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç |

f-Mutsuz ve kederli oldunuz mu?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç |

g-Kendinizi bitkin hissettiniz mi?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç |

h-Mutlu ve sevinçli oldunuz mu?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç |

i-Yorgun hissettiniz mi?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç |

10-Son 1 ayın ne kadarında bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti v.b. gibi) engel oldu?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her zaman | <input type="checkbox"/> Çoğu zaman | <input type="checkbox"/> Oldukça |
| <input type="checkbox"/> Bazen | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman |

11-Aşağıdaki ifadelerden her biri sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

a-Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kesinlikle doğru | <input type="checkbox"/> Çoğunlukla doğru | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |
| <input type="checkbox"/> Çoğunlukla yanlış | <input type="checkbox"/> Kesinlikle yanlış | |

b-Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kesinlikle doğru | <input type="checkbox"/> Çoğunlukla doğru | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |
| <input type="checkbox"/> Çoğunlukla yanlış | <input type="checkbox"/> Kesinlikle yanlış | |

c-Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.

Kesinlikle doğru

Çoğunlukla doğru

Bilmiyorum

Çoğunlukla yanlış

Kesinlikle yanlış

d-Sağlığım mükemmeldir.

Kesinlikle doğru

Çoğunlukla doğru

Bilmiyorum

Çoğunlukla yanlış

Kesinlikle yanlış



EK- 9. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Hamide ALTUNDAĞ
Doğum tarihi	: 07.10.1987
Doğum yeri	: ALTINDAĞ
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Altınpark - ANKARA
Tel	: 05354971427
E-mail	: hamidealtundag@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Pursaklar Yahya Kemal ve Mehmet Sönmez Sağlık Meslek Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: ÜDS:50
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği Türk Ebeler Derneği LÖSEV	