

Gaziantep Nizip İlçesi'nde Menopoz Dönemindeki Kadınların Diyet ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Emine Büşra Ümit

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Nisan 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer

2. Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran

3. Yrd. Doç. Dr. Nazal Bardak Perçinci

ÖZ

Bu çalışma, Gaziantep Nizip ilçesinde menopoz dönemdeki kadınların beslenme durumları, diyet kalite ve yaşam kaliteleri aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla 384 kadınla yürütülmüştür. Bu araştırmada, teke tek görüşme ve anket yolu ile bilgi toplama tekniği kullanılarak kişilerin genel özellikleri, menopoz dönemiyle ilgili bilgiler, beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklık ve miktarları belirlenmiş olup bazı antropometrik ölçümleri yapılmıştır.

Çalışmada menopoz semptomları varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesinde Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), menopoz dönemindeki yaşam kalitesini belirlemek için Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ) ve diyet kalitesini belirlemek için Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası (DKİ-U) ve genel yaşam kalite değerlendirilmesinde Yaşam Tarzı İndeksi (YTİ) kullanılmıştır. Kadınların MSDÖ toplam puanının 27.5 ± 7.75 ve UYKÖ toplam puanının 68.7 ± 7.08 , YTİ puanının 61.0 ± 15.21 ve DKİ-U puanının 58.4 ± 7.48 olduğu belirlenmiştir. Kadınların DKİ-U puanları ile bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arasında ters yönlü zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $r = -0.160$, $p = 0.002$; $r = -0.170$, $p = 0.001$; $r = -0.180$, $p < 0.001$). Kadınların UYKÖ puanları ile bel/kalça ve bel/boy oranı arasında ters yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $r = -0.122$, $p = 0.017$; $r = -0.101$, $p = 0.047$). Kadınların MSDÖ puanları ile DKİ-U ve YTİ arasında ters yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $r = -0.157$, $p = 0.002$; $r = -0.302$, $p = 0.000$).

Sonuç olarak menopoz dönemindeki kadınların bel/kalça ve bel/boy oranı ile menopoz septomlar arttıkça diyet ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptomları, diyet kalitesi ve yaşam kalitesinin

değerlendirilmesine yönelik çok merkezli, geniş örneklem büyüklüğüne sahip veya Türkiye genelini kapsayacak şekilde araştırmalar yapılması bu konuda ülke politikaları geliştirilebilmesi bakımından önemlidir. Menopoz ve hastalık ilişkilerinin daha iyi değerlendirilebilmesi için uzunlamasına izlem çalışmaları planlanması bu doğrultuda hastalık risklerini önleyici plan ve politiklar geliştirilerek kadın sağlığı ve yaşam kalitesinin artırılmasında yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği, Diyet Kalitesi, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

This study was carried out with 384 women in order to evaluate the nutritional status, diet quality and quality of life of menopausal women in Gaziantep Nizip district. In this study, general characteristics of people, information about menopausal period, nutritional habits, and nutrient consumption frequencies and amounts were determined by using one-to-one interview and questionnaire and some anthropometric measurements were made.

In this study, Menopause Symptoms Assessment Scale (MSRS) was used to evaluate the presence and severity of menopausal symptoms, to determine the quality of life in the menopause period Utian Life Quality Index (ULQS) was used, to determine diet quality, Diet Quality Index - International (DQI-I) and to determine general life quality, Lifestyle Index (LI) was used. The total MSRS score of women was 27.5 ± 7.75 , total ULQS score was 68.7 ± 7.08 , total LI score 61.0 ± 15.21 and DQI-I score 58.4 ± 7.48 . There is negative correlation between women's DQI-I scores and waist circumference, waist / hip and waist / height ($r = -0.160$, $p = 0.002$; $r = -0.170$, $p = 0.001$; $r = -0.180$, $p < 0.001$, respectively). There was a weak negative correlation between the ULQS scores of the women and the waist / hip and waist / height ratio ($r = -0.122$, $p = 0.017$; $r = -0.101$, $p = 0.047$, respectively). A negative correlation was found between the MSRS scores of the women and the DQI-I and the LI scores ($r = -0.157$, $p = 0.002$, $r = -0.302$, $p = 0.000$, respectively).

As a result, as menopausal women with waist / hip and waist / height ratio and menopausal symptoms increase, diet and quality of life is reduced. To develop country's policy, it is very important to evaluate menopausal symptoms, diet quality and life quality of menopausal women in multicentered, with large sample size and

conducting research all over Turkey. Long-term follow-up studies must be planned to better evaluate menopause and disease relationships may be useful in improving women's health and quality of life and preventing disease risk by developing plans and policies.

Keywords: Menopause, Menopausal Symptoms Assessment Scale, Utian Quality of Life Scale, Diet Quality, Quality of Life

TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübesiyle alıőmanın planlanması ve yürütülmesinde destek olan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer'e, bu tezi yazmamda her türlü yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Uzm. Dyt. Ceyda Durmaz'a, Uzm. Dyt. Ayőe Özgöker'e ve Uzm. Dyt. Seher Seçkin'e, çalışmanın her aşamasında yanımda olarak maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ve bugünlere ulaşmamı sağlayan aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
1 GİRİŞ	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar.....	1
1.2 Amaç ve Hipotez.....	3
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Menopozun Tanımı ve Sınıflandırılması	4
2.2 Menopoz Fizyolojisi	5
2.3 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	7
2.3.1 Erken Dönemde Görülen Semptomlar	7
2.3.2 Geç Dönemde Görülen Semptomlar	9
2.4 Menopoz ve Diyet Kalitesi	12
2.4.1 D Vitamini.....	13
2.4.2 Kalsiyum	15
2.4.3 Fitoöstrojenler	16
2.5 Menapoz ve Yaşam Kalitesi.....	18
3 BİREYLER VE YÖNTEM.....	20
3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	20

3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri	20
3.3.1 Genel Bilgiler ve Beslenme Alışkanlıkları	21
3.3.2 Menopoz Dönemi.....	21
3.3.3 Besin Tüketim Sıklığı	21
3.3.4 Antropometrik Ölçümler	22
3.3.5 Menopoz Semptomlarını Değerlendirmesi	23
3.3.6 Utian Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	23
3.3.7 Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi	24
3.3.8 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	27
3.3.9 Verilerin İstatistiksel Analizi	28
4 BULGULAR	29
4.1 Kadınların Genel Özellikleri	29
4.2 Kadınların Beslenme Alışkanlıkları.....	32
4.3 Kadınların Besin Tüketim Durumları	33
4.4 Kadınların Antropometrik Ölçümleri.....	38
4.5 Kadınların Menopoz Dönemi.....	43
4.6 Kadınların Yaşam Tarzı İndeksi, Diyet Kalite İndeksi, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği	44
4.7 Kadınların Diyet Kalite İndeksi, Yaşam Tarzı İndeksi, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ilişkisi.....	65
5 TARTIŞMA	66
5.1 Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	66
5.2 Kadınların Genel Sağlık Durumları	67
5.3 Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Durumları.....	67
5.4 Kadınların Antropometrik Ölçümleri.....	73

5.5 Kadınların Menopoz ile İlgili Özellikleri.....	75
5.6 Kadınların Diyet Kalite İndeksi	77
5.7 Kadınların Yaşam Tarzı İndeksi	80
5.8 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	81
5.9 Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	85
6 SONUÇLAR	87
7 ÖNERİLER.....	90
KAYNAKLAR	91
EKLER.....	114
Ek A: Anket Formu ve Besin Tüketim Sıklığı Formu	115
Ek B: Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası (DKİ-U).....	123
Ek C: Yaşam Tarzı İndeksi (YTİ).....	124
Ek D: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	126
Ek E: Etik Kurul Onayı.....	128

KISALTMALAR

BKİ	Beden Ktle İndeksi
ÇDYA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
DHEAS	Dehidroepiandrosteron Sülfat Seviyesi
DKİ-U	Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası
DYA	Doymuş Yağ Asitleri
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
g	Gram
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
Kkal	Kilokalori
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
LH	Luteinize Edici Hormon
Mg	Miligram
MS	Metabolik Sendrom
MSDÖ	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
S	Sayı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistikli Paket)
SS	Standart Sapma
TDYA	Tekli Doymamış Yağ Asitleri
UYKÖ	Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği
VMS	Vazomotor Semptom

WHO Dünya Sağlık Örgütü

YTI Yaşam Tarzı İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	29
Tablo 2. Kadınların Genel Sağlık, İlaç Kullanma ve Sigara-Alkol Tüketme Durumları.....	30
Tablo 3. Kadınların Öğün Tüketimi ve Öğün Atlama Durumları.....	32
Tablo 4. Kadınların Besin Tüketim Sıklıkları.....	33
Tablo 5. Kadınların Bir Günlük Besin Tüketim Miktarları (S=384).....	35
Tablo 6. Kadınların Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alım Miktarları (S=384)	37
Tablo 7. Kadınların Antropometrik Ölçümleri (S=384).....	38
Tablo 8. Kadınların Antropometrik Ölçüm Sınıflamaları.....	39
Tablo 9. Kadınların Menopoz Şekline Göre Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 10. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Durumuna Göre Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 11. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Durumuna Göre Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Kadınların Menopoz Şekli, Hormon Tedavisi ve Bilgi Alma Durumları..	43
Tablo 13. Kadınların Yaş, Canlı Doğum Sayısı, Adet, Gebelik ve Menopoz Yaşı (S=384).....	44
Tablo 14. Kadınların YTI, MSDÖ ve UYKÖ Puanları (S=384).....	44
Tablo 15. Kadınların Diyet Kalite İndeksi Puanları (S=384).....	47
Tablo 16. Kadınların Yaşam Kalite İndeksi Puanları.....	48
Tablo 17. Kadınların DKİ-U Puan Sınıflamasına Göre MSDÖ ve UYKÖ Puanları.	51
Tablo 18. Kadınların YTI Puan Sınıflamasına Göre MSDÖ ve UYKÖ Puanları.....	52

Tablo 19. Kadınların DKİ-U Puan Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçümleri ...	53
Tablo 20. Kadınların YTİ Puan Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçümleri.....	54
Tablo 21. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanları.....	55
Tablo 22. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanları	56
Tablo 23. Kadınların Menopoza Girme Yaşına Göre DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ Puanları	58
Tablo 24. Kadınların Menopoza Girme Şekillerine Göre DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ Puanları.....	60
Tablo 25. Kadınların Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ Puanları.....	62
Tablo 26. Kadınların Antropometrik Ölçümleri ile DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ İlişkisi.....	63
Tablo 27. Kadınların Enerji ve Makro Besin Öğeleri alımları ile MSDÖ ve UYKÖ Puanları Arasındaki İlişki (S=384)	64
Tablo 28. Kadınların DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ İlişkisi (S=384)	65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Kadınların Düzenli Fiziksel Yapma Durumuna Göre Dağılımı	38
Şekil 2. Kadınların DKİ-U Düzeylerinin Dağılımı	45
Şekil 3. Kadınların YTI Düzeylerinin Dağılımı.....	46

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşımlar

Menopoz, kadın sağlığını biyolojik, psikolojik ve sosyal açılarından etkilemektedir. Menopoz, östrojen sekresyonunda azalma, menstruasyonun kalıcı olarak durması ve yumurtalık fonksiyonunun kaybı ile karakterizedir (Tan ve diğerleri, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre menopoz; kadının yumurtalık folikül aktivitesini kaybetmesi sonucu 12 ay boyunca mensturasyon gerçekleşmemesidir (WHO, 1996). Menopoza girme yaşı ülkeler ve toplumlar arasında farklılık göstermekle birlikte dünyada 51 yaş olarak kabul edilmektedir (Abay, 2014). Türk kadınlarında menopoz başlama yaşının ve prevalansının belirlenmesiyle ilgili çalışmada; menopoz yaşı ortalama 47 olarak bulunmuştur. Menopoz prevalansı 40 yaşın altındaki kadınlarda % 8.6, 40-45 yaş arasında % 31.8 ve 45 yaş üzeri kadınlarda % 80.9 olarak belirlenmiştir (Vehid ve arkadaşları, 2006). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre 48-49 yaş grubu kadınların %49.1'nin, menopoza girdiği bildirilmiştir (TNSA, 2014).

Menopozda östrojen düzeylerindeki azalma, visseral yağ birikiminin artmasına neden olabilmektedir. Menopozun vücut ağırlığı artışı ve değişmiş vücut yağ dağılımı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Toth ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada menopoz sonrası kadınlar menopoza girmemiş kadınlara kıyasla karın içi yağ oranının daha fazla miktarda olduğunu göstermiştir. Yapılan bir çalışmada ekzojen östrojen alan postmenopozal kadınlarla ekzojen östrojen almayanlar ile

karşılaştırıldığında bel-kalça oranı ve visseral adipoz doku anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Lovejoy ve diğerleri, 2008).

Kadınlar hayatlarının büyük bir kısmını menopoza döneminde geçirmektedir. Bu nedenle, menopoza semptomlarının kadınların yaşam şeklini nasıl etkilediğini anlamak önemlidir. Bu dönemde sıcak basması, gece terlemeleri, baş ağrısı, baş dönmesi, hızlı / düzensiz kalp atışı, atrofik vajinit, mesane irritabilitesi, duyu durumu değişiklikleri, uyku bozuklukları vb birçok semptom görülmektedir. Menopoza tüm kadınlarda üreme yaşam döngüsünün doğal bir sonucu olmasına rağmen, kadınların menopoza karşı tutumları, semptomları nasıl kabul ettikleri, yaşadıkları dünyanın kültürü, ırkı ve bölgelerine göre değişmektedir (Freeman ve Sherif, 2007). Kadın Sağlığı Araştırması (SWAN) Kafkas, Amerika, Çin, Japon ve Güney Afrika'daki 16 065 kadın ile yürütülmüş olup farklı etnik gruplar arasında en sık görülen semptom sıcak basması olarak bildirmiştir (Avis ve diğerleri, 2001). Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması (KSA) sonuçlarına göre kadınların menopoza döneminde yaşadıkları sorunlar sırasıyla sıcak basması/terleme (%66.47), duygusal değişiklik (%55.17) ve ağırlık artışı (%34.83) olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014)

Menopoza dönemindeki kadınların sağlığında, sosyal koşullarında veya aile koşullarındaki değişiklikler beslenmeyi olumsuz yönde etkileyebilir (Callum ve diğerleri, 2016). Menopoza sonra sağlığı korumak ve yaşam kalitesini artırmak için, yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet kalitesinin artırılması önerilmektedir. Bu kapsamda makro besin öğelerinin yanı sıra mineral alımı önemlidir. Özellikle düşük kalsiyum alımı zayıf kemik gelişimi, kemik kırılması ve osteoporoz için bir risk faktörüdür (Go ve diğerleri, 2014). Fiziksel aktivite ve beslenme osteoporoz riskini azaltmayı amaçlayan iki önemli yaşam tarzı faktörüdür (Cano ve diğerleri, 2018).

Menopoz sonrası kadınların diyet kalitesi sadece düşük kalsiyum alımıyla değil aynı zamanda protein, D vitamini, C vitamini, sodyum ve fosfor gibi kemik oluşumuyla ilişkili diğer besin öğelerinin alımı ile de ilişkilidir (Peters ve Martini, 2010). Sebze, meyve, kepekli tahıllar, az yağlı veya yağsız süt ürünleri, deniz ürünleri, baklagiller ve kuruyemişlerin daha fazla tüketilmesi, kırmızı ve işlenmiş etler, şekerli içeceklerin ve rafine tahılların düşük olması, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi kronik hastalık riskini azaltmaktadır (Callum ve diğerleri, 2016). Dolayısıyla menopoz dönemindeki değişimler kadınların diyet kalitesi ve yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir.

1.2 Amaç ve Hipotez

Amaç: Bu çalışmanın amacı menopoz dönemindeki kadınların diyet kalite ve yaşam kaliteleri ile aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Hipotez

H0: Menopoz döneminde kadınların diyet ve yaşam kalitesi değişmemektedir.

H1: Menopoz dönemindeki kadınların diyet ve yaşam kalitesi düşüktür.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Menopozun Tanımı ve Sınıflandırılması

Menopoz kelimesi Yunanca'da ay anlamına gelen “menos” ve sonlanmak anlamına gelen “pause” sözcüklerinden oluşmaktadır (Tortumluoğlu, 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre menopoz; kadının yumurtalık folikül aktivitesini kaybetmesi sonucu 12 ay boyunca mensturasyonun gerçekleşmemesidir (WHO, 1996). Doğal menopoz, foliküler aktivitesinin kaybindan kaynaklı menstrüasyonun kalıcı olarak durması olarak tanımlanır. Belli başlı herhangi bir patolojik ve fizyolojik neden bulunmadığı ardışık 12 ay amenore sonrası meydana geldiği kabul edilmektedir (Sherman, 2005). Menopoz dönemi premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere üç dönemden oluşmaktadır.

Premenopozal dönem menopoz öncesi 1 ila 2 yıllık süreyi kapsamaktadır. Östrojen hormonunun azalmasıyla yorgunluk, baş ağrısı, emosyonel rahatsızlar ve vazomotor değişiklikler bu evrede ortaya çıkmaktadır. Perimenopozal dönem menopozdan sonraki ilk 1 yılı kapsamaktadır. Menopozdan hemen önce menopozun yaklaşmakta olan endokrinolojik, biyolojik ve klinik özelliklerinin başlamasından itibaren son menstruel periyodu izleyen bir yıllık süreyi içerisine alan dönemdir. Postmenopozal dönem ise menopoz sonrası 6 ila 8 yıllık süreyi kapsamaktadır (Tunç, 2014, Abay, 2014).

Kırk yaşından önce mensturasyonun durmasına ‘erken menopoz’ denmekte olup “prematür menopoz” olarak adlandırılmaktadır. Bir kadın 55 yaşını geçmesine

rağmen mensturasyonu devam ediyorsa ‘geç menopoz’ olarak tanımlanmaktadır. Menstruasyon döngüsü devam eden bir kadının yaşı ne olursa olsun herhangi bir sebepten dolayı operasyon geçirerek yumurtalıklarının çıkarılması ‘cerrahi menopoz’ olarak adlandırılmaktadır (Fakılı, 2013, Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

2.2 Menopoz Fizyolojisi

İnsan yumurtalıklarının fonksiyonel ömrü, karmaşık ve büyük ölçüde tanımlanmamış bir dizi genetik, hormonal ve çevresel faktör tarafından belirlenir (Davis ve diğerleri, 2015). İnsan ortalama folikül sayısı 380.000 olup menopoz folikül sayısı yaklaşık 25.000'e ulaştığı zaman ortaya çıkar (Faddy ve diğerleri, 1992). Folikül havuzunun azalmasına endokrin değişikliklerin neden olduğu görülmektedir. Gonadotrofinler, steroidler ve inhibitörler menopozal geçişin endokrinolojisinde önemli rol oynamaktadır. Hipofiz, luteinize edici hormon (LH) ve folikül stimüle edici hormon (FSH) üretmek için hipotalamustan gonadotrofin salgılayan hormon (GnRH) ile uyarılır. LH ve FSH, folikül gelişiminin ve folikülün hormon salgılanmasının düzenleyicileridir. Menstruasyon döngüsünün foliküler fazında, antral folikülün granülosa hücreleri estradiol üretir ve B inhibe eder. Hipofiz ve hipotalamusta geri bildirim eylemleri uygularken, B inhibini temel olarak FSH sekresyonunu azaltmak için hipofiz üzerinde etkilidir. Foliküller sayıca azaldığında, tamamen işleyen granülosa hücrelerinin sayısı da azalır (Hollins-Martin ve diğerleri, 2013).

Menopoz geçişi olarak bilinen perimenopoz dönemi bir dizi hormonal değişiklikler içerir; bu da inhibin B düzeylerindeki düşüşle başlar ve FSH salımı üzerindeki olumsuz geri dönüş eyleminde bir azalmaya neden olur. FSH düzeylerinde artışlar, östradiol sekresyonunda düzensiz artışları arttırır. Foliküler gelişimin uyarılması ile ilişkili olmayan östradiol üretimi, inhibin B ve progesteron

kaybına bağlı olarak hipofizden kaynaklanan FSH-LH salımı üzerindeki azalmış geri bildirim yanıt olarak FSH ve LH seviyelerindeki artışlarla daha da artmaktadır. Sonunda yumurtalık perimenopoz sırasında gonadotropin stimölasyonu daha az yanıt verir, bu da azalan östradiol üretimine yol açar. Buna karşılık, LH stimölasyonu yumurtlamayı sağlamak için yetersizdir (Monteleone ve diğerleri, 2018). Menopozdan 1 ila 3 yıl sonra FSH seviyeleri 10 ila 20 kat ve LH seviyesi ise 3 kat artar ve zaman ilerledikçe her iki gonadotropinlerde de kademeli bir düşüş olur. Folikül uyarıcı hormon seviyeleri daha yüksektir çünkü lüteinizan hormon kandan daha hızlı temizlenir (Edwards ve Li, 2013).

Menopoz sonrası yumurtalık öncelikle androstenedion ve testosteron salgılar. Androstenedionun çoğu, yumurtalık tarafından salgılanan küçük bir miktarla adrenal bezlerden elde edilir. Adrenal bezden köken alan dehidroepiandrosteron ve dehidroepiandrosteron sülfat düzeyleri, yaşlanma ile belirgin bir şekilde azalmaktadır. Menopozdan sonraki on yılda, dolaşımdaki dehidroepiandrosteron seviyeleri % 70 ve dehidroepiandrosteron sülfat seviyeleri (DHEAS) ise % 74 daha azdır. Perimenopoz ve erken postmenopozal dönemde, total serum testosteron konsantrasyonları hiçbir değişiklik göstermezken serum cinsiyet hormon bağlayıcı globulin (SHBG) seviyeleri azalır. Sonuç olarak, menopoz geçişinde serbest androjen seviyeleri artmaktadır. Menopoz sonrası yumurtalığın esas olarak androjen salgılayan bir organ olduğu söylenebilir. Androjen üretimi ile düşük östrojen hormonu seviyesi bir araya geldiği zaman hafif hirsutizm oluşabilmektedir (Burger, 2006, Edwards ve Li, 2013).

Menopoz sonrası estradiol seviyeleri 10 ila 20 pg / ml arasında değişir. Estradiol, androstenedionun periferal dönüşümünden elde edilir. Dolaşımdaki östrojen, esas olarak adipoz dokuda yer alan aromataz yoluyla adrenal olarak

salgılanmış androstenedionun dönüşümünden türetilen östrondur. Vücut ağırlığı androstenedionun östrojene dönüşümünü etkilemekte olup yüksek vücut ağırlığına sahip olanlarda androstenediondan östrojen üretiminin artması, yağın androjenleri aromatize etmesinin bir sonucudur. Zamanla, yumurtalık stroması tükenir. FSH ve LH konsantrasyonlarında artışa rağmen, başka bir steroidogenez meydana gelmez. Dolaşımdaki östrojenin (yaklaşık 20 pg / ml) minimal miktarları bile, kemik kütlelerinin korunmasında önemlidir. Sonuç olarak postmenopozal durumda FSH ve LH'da artış, estradiol, progesteronda ve testosteron seviyelerinde azalma görülür. DHEAS yaşlanmayla birlikte giderek azalır (Burger, 2006, Edwards ve Li, 2013).

2.3 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

Menopoz kadının hayatını kalıcı olarak etkileyen fizyolojik değişiklikleri içermektedir. Çoğunlukla kadınların % 70- 80'inde östrojen hormonunun yetersizliği sonucu semptomlar ve bulgular ortaya çıkmaktadır. Menopozal kadınlarda temel sağlık sorunları arasında vazomotor semptomlar, ürogenital atrofi, osteoporoz, kardiyovasküler hastalık, kanser, psikiyatrik belirtiler ve cinsel sorunlar sayılabilir (Dalal ve Agarwal, 2015, Fakılı, 2013).

2.3.1 Erken Dönemde Görülen Semptomlar

Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar (VMS); sıcak basması ve gece terlemeleri genellikle menopozun en önemli belirtileri olarak kabul edilir. VMS, baş, boyun, göğüs ve üst sırt çevresinde baskın olan terleme ve kızarma ile birlikte görülür (Thurston ve Joffe, 2011). VMS, kadınlarda şiddeti, sıklığı ve süresi büyük ölçüde farklılık gösterse de, menopoz geçişi sırasında çoğu kadını etkilemektedir (Santoro ve diğerleri, 2015). VMS, perimenopozal kadınların % 75'ini, menopozdaki kadınların % 85'ini etkilemektedir. Semptomlar çoğu kadında menopozdan 1-2 yıl sonra devam eder

ancak bazı kadınlarda 10 yıl veya daha uzun süre devam edebilmektedir (Dalal ve Agarwal, 2015). Melbourne Kadın Sağlığı Projesi'nin analizine göre 438 kadın üzerinde 13 yıllık çalışma sonucunda sıcak basmaların ortalama süresi yaklaşık 5.2 yıldır (Col ve diğerleri, 2009). On farklı çalışmanın meta-analizinde 35.445 kadının yaklaşık % 50'si, son adet kanamasından 4 yıl sonra VMS'nin olduğunu rapor etmiştir (Politi ve diğerleri, 2008). Östrojen seviyelerini azalmasıyla menopoz belirtileri yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Chen ve diğerleri, 2015). Hormon replasman tedavisi (HRT) etkili bir şekilde menopoz döneminde östrojen seviyelerinde düşme ile ilişkili vazomotor semptomları azaltır iken, Amerika Birleşik Devletleri'nde 50-79 yaşları arasındaki 161 809 menopozlu kadın ile yapılan çalışmada östrojenin tek başına inme ve venöz tromboembolizm (VTE) riskini arttırdığı ve progesterin ile birlikte meme kanseri ve kalp krizi riskine yol açabileceği belirlenmiştir (Rossouw ve diğerleri, 2002).

Kilolu/obez ve sigara içen kadınlar, normal vücut ağırlığında ve sigara içmeyen kadınlara göre daha ağır Vazomotor semptomlara sahiptir (Whiteman ve diğerleri, 2003). Bu nedenle kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışlarına sahip olmaları menopozal semptomları daha hafif geçirmeleriyle ilişkili olarak yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Psikolojik Semptomlar

Menopoz dönemindeki kadınların depresyon, hayal kırıklığı, yaşlanma duyguları, kendinden memnuniyetsizlik, endişe, sabırsızlık, yalnız kalma isteği, azalmış konsantrasyon ve uykusuzluk şikayetleri olduğu bildirilmiştir (Samouei ve Valian, 2017). Kadınların yaklaşık % 20'sinin menopoz döneminde depresyon yaşadığı bildirilmektedir (Dalal ve Agarwal, 2015). Menopoz sonrası yıllarda riskin azalması ile birlikte perimenopoz sırasında depresyon riskinin arttığı bilinmektedir

(Freeman ve diğeri, 2004). Bunula ilgili olarak 581 kadın ile yapılan bir araştırmada, artan depresyon oranının menopoz semptomları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Hayden ve diğeri, 2001). Perimenopoz sırasında depresyon kısmen azalan östrojen seviyeleriyle ilişkili olup östrojenini depresyonun fizyolojik sebebi ile en çok ilişkili olan nörotransmitter olduğu düşünölen serotonin ve norepinefrinin etkilerini artırdığı bilinmektedir (Dalal ve Agarwal, 2015, Santoro ve diğeri, 2015).

Atrofik Semptomlar

Kadınların % 27.60'ının menopozla ilişkili olarak orta ve şiddetli vajinal kuruluk veya disparoni semptomları bildirdiklerini bilinmektedir (Pastor ve diğeri, 2004). Ürogenital atrofi, vajinal kuruluk ve kaşıntı, dizüri ve irritasyon ile sonuçlanmaktadır (Dalal ve Agarwal, 2015). Vajinal atrofiye ek olarak, vajinanın daralması ve kısalması ve uterusun sarkması da ortaya çıkabilir ve bu da disparoni sebebi olabilir. Ayrıca, idrar yolu üretra ve mesanede östrojen reseptörleri içerir ve östrojen kaybı belirgin hale geldikçe, hastalar dizüri sorunu yaşayabilir. Vazomotor semptomlardan farklı olarak vulvovajinal atrofi tedavi edilmeden zamanla ortadan kalmamaktadır (Santoro ve diğeri, 2015).

2.3.2 Geç Dönemde Görölen Semptomlar

Kardiyovasköler Sistem Hastalıkları

Kardiyovasköler hastalık (KVH), menopozdan sonra kadınlarda önde gelen ölüm nedenidir. Kadın sağlığının en önemli risklerinden birinin meme kanseri olduğunu düşünölmesine rağmen, global olarak kadınların KVH'dan ölme olasılığı dokuz kat daha fazladır (Currie ve Williams, 2008). Sigara, beslenme ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörleri KVH ile ilgilidir (Gerval ve Stevenso, 2017). Kadınlar arasında, menopoz sonrası KVH ölüm oranları menopoz öncesi aynı yaştaki

kadınlara göre 2 - 3 kat daha yüksektir (Matthan ve diğeri, 2005). Menopoz, KVH için bir risk faktörüdür, çünkü östrojen azalması kardiyovasküler fonksiyonlar ve metabolizma üzerinde zararlı bir etkiye sahiptir (Rosano ve diğeri, 2007). Östrojenler, endotel hücrelerinde ve ayrıca vasküler düz kas hücrelerinde östrojen reseptörlerini hedefleyerek vasküler fonksiyonu düzenleyebilir. Östrojenler ayrıca, vazodilatatör olan nitrik oksit ve prostasiklin salınımını sağlayarak endotelin ve anjiyotensin II'nin vazokonstriktörleri üretiminde azalmaya da neden olabilir. Yaşlanma ve ateroskleroz, östrojen reseptörlerinin kaybıyla vasküler duvarın hasar görmesine neden olabilir. Ek olarak, dolaşımdaki östrojenin azaltılması, hem vasküler endotelyumda hem de vasküler hücrelerde östrojen reseptörlerinde bir azalmaya yol açar. Östrojenler aynı zamanda tümör nekroz faktörü alfa (TNF- α) gibi inflamatuvar sitokinlerin salgılanmasını azaltarak prostaglandinleri arttırılabilir (Newson, 2018).

Menopoz sonrası KVH insidansı, kısmen menopoz geçişini takiben oluşan plazma lipid düzeylerindeki değişikliklerden kaynaklanabilir (Kilim ve Chandala, 2013). Menopoz, total kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein (LDL), lipoprotein- α ve trigliseritlerde artış ve yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) azalışı ile ilişkilidir (Currie ve Williams, 2008). HRT menopoz östrojen eksikliğini tedavi etmek ve postmenopozal kadınlarda uzun ömürlülüğü artırmak için 60 yıldan uzun bir süredir kullanılmaktadır (Gerval ve Stevenso, 2017). HRT'nin yararları ve riskleri doza, uygulama yoluna ve başlama zamanına göre değişir. HRT'de östrojen, aterosklerozda potansiyel olarak zararlı etkiler gösterebilirken aterosklerozda koruyucu etkileri olabilir (Newson, 2018). İleri postmenopozal kadınlarda östrojen içeren HRT'nin, KVH olaylarında azalma ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (Rossouw ve diğeri, 2002). Finlandiya'da yapılan bir araştırma, herhangi bir HRT'nin en az 10 yıl

boyunca kullanılmasının, koroner kalp hastalığı ve inmeye bağlı ölüm riskindeki azalışla ilişkili olduğunu göstermiştir (Mikkola ve diğerleri, 2015).

Kilolu/obez olmak KVH için önemli bir risk faktörüdür. Menopozun ilk yılında başlayarak, kadınlarda abdominal viseral yağ depolanması artmaktadır. Bel çevresi >80cm ve bel çevresi \geq 88cm olan kadınlar daha fazla riskle birlikte artmış KVH riskine sahiptir (Currie ve Williams, 2008).

Hipertansiyon, KVH gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Gelişmiş ülkelerde yetişkin kadınların % 30'u hipertansiyona sahiptir ve bu yaygınlık düşük-orta gelirli ülkelerde daha da yüksektir (Kearney ve diğerleri, 2005, Newson, 2018). Postmenopozal kadınlarda hipertansiyon prevalansı premenopozal kadınlarda prevalansın iki katından fazladır. Her 20 mmHg sistolik ve 10 mmHg diyastolik kan basıncı artışı için, hem koroner kalp hastalığı hem de 40-89 yaşlarındaki kadınlarda inme riski iki katına çıkmaktadır (Newson, 2018).

Kas – İskelet Sistemi Sorunları

Osteoporoz, dünya çapında 50 milyon insanı etkileyen oldukça yaygın bir hastalıktır (Lizneva ve diğerleri, 2018). Osteoporoz, kemiklerin bütünlüğünü ve gücünü etkileyen bir hastalıktır. Özellikle, düşük kemik kütlesi, iskelet kırılabilirliği ve kemik direncinin azalmasıyla kırık riskinde artışa neden olmaktadır. Osteoporoz primer ve sekonder olmak üzere iki başlıkta incelenebilir. Primer osteoporoz, kadın ve erkeklerde doğal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak ortaya çıkmakta olup yaygın olarak postmenopozal kadınlarda görülmektedir. Sekonder osteoporoz, beslenme yetersizlikleri, ilaçlar veya çeşitli kronik sağlık durumlarından dolayı oluşan kemik kaybıdır (Mayes, 2007).

Osteoporotik kırıklar, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olurlar (Levin ve diğerleri, 2018). Osteoporotik kemik kırıkları en sık omurga, kalça ve bilekte yer alır

(Mayes, 2007). Hem Avrupa hem de Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların % 30'unun osteoporoz olduğu ve postmenopozal kadınların % 40'ının osteoporozla ilişkili kırık yaşayacağı tahmin edilmektedir (Sözen ve diğerleri, 2017). Osteoporoz kemik kırıkları, artan morbidite ve mortalite, kötü yaşam kalitesi ve büyük bir ekonomik yük ile ilişkili olduğu için önemli bir halk sağlığı sorunudur (Arjmandi ve diğerleri, 2017). Menopozda osteoporozun ana nedeni östrojen eksikliğine bağlı kemik kaybı olduğu için HRT osteoporozun önlenmesi için tercih edilebilen bir tedavi şeklidir. Kombine östrojen ve progesteron veya östrojen formunda HRT'nin, postmenopozal kadınlarda vertebral ve vertebral olmayan kırıkların sayısını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Levin ve diğerleri, 2018).

2.4 Menopoz ve Diyet Kalitesi

Sağlıklı beslenme, sağlıklı bir yaşam tarzının önemli bir parçasıdır (Dubnov-Raz ve diğerleri, 2007). Menopozda yeterli ve dengeli beslenme sonucunda ideal vücut ağırlığının korunması, osteoporoz ve kalp hastalıklarının gelişiminin önlenmesi ve menopozda yaşanan sorunların en aza indirilmesini sağlamaktadır (Rakıcıoğlu, 2012). Postmenopozal kadınlarda abdominal obezitenin bir ölçüsü olan bel çevresi en hızlı şekilde artmaktadır (Dubnov-Raz ve diğerleri, 2007). Bu da insülin direncinin gelişiminde kritik bir faktördür ve tip 2 diyabetin ilerlemesi için önemli bir risk faktörüdür (Lobo ve diğerleri, 2014). Sebze, meyve, kepekli tahıllar, az yağlı süt ürünleri, deniz ürünleri, baklagiller ve kuruyemişlerin tüketimi, kırmızı ve işlenmiş etlerin daha düşük; şekerli içeceklerin ve rafine tahılların düşük olması, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi kronik hastalık riskini azaltmaktadır (Collum ve diğerleri, 2016). Son yirmi yılda diyet kalitesi terimi literatürde nüfusun beslenme alışkanlıklarını ve diyet müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek için beslenme epidemiyolojisinde ortaya çıkmıştır. Ayrıca diyet kalitesi, tüm nedenlere bağlı ölüm,

kardiyovasküler hastalıklar ve kanser riski gibi sonuçları tahmin etmek için bir risk değerlendirme aracıdır. Diyet kalitesinin çeşitli yönlerini yansıtmak için çok sayıda diyet indeksi geliştirilmiş, test edilmiş ve onaylanmıştır. Bunlar diyet tavsiyelerine, makro besin ve mikro besin alımlarının önemli analizini gerektiren karmaşık endekslere kadar çeşitlilik göstermektedir (Alkerwi, 2014).

2.4.1 D Vitamini

D vitamini, kalsiyum ve fosfor homeostazını sürdürme ve kemik mineralizasyonunu destekleme işleviyle bilinmektedir (Lerchbaum, 2014). D vitamini, D2 vitamini (ergokalsiferol) ve D3 vitamini (kolekalsiferol) içeren iki ana formda oluşur. D3 vitamini, deride fotokimyasal reaksiyon ve hayvansal kaynaklı besinlerin (morina karaciğeri yağı ve yağlı balıklar gibi) tüketimi ile elde edilir (Umar ve diğerleri, 2018).

Aktif D vitamini formu olan 1,25 (OH) 2 D, bağırsak kalsiyum emilimini uyarır. D vitamini olmadan, diyet kalsiyumunun sadece % 10-15'i ve fosforun yaklaşık % 60'ı emilir. D vitamini yeterliliği, kalsiyum ve fosfor emilimini sırasıyla % 30-40 ve % 80 oranında artırır. Amerika Endokrin Derneği'nin kılavuzlarına göre, 20 ng / mL'nin (50 nmol / L) altındaki 25 (OH) D serum seviyeleri D vitamini eksikliği olarak belirtilirken, 21-29 ng / mL arasında 25 (OH) D serum seviyesi (52.5-72.5 nmol / L) D vitamini yetersizliği olarak tanımlanır (Holick ve diğerleri, 2011).

Düşük D vitamini seviyeleri artmış meme kanseri riski, KVH ve osteoporoz arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Menopozdan sonra, kadınlarda osteoporoz, meme kanseri ve KVH riski yüksektir (Aungst ve Rainer, 2014). New York Long Island'da yapılan bir vaka kontrol çalışmasında D vitamini eksikliği olan kadınlarla olmayanlara kıyasla meme kanseri riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Katherine

ve diğeri, 2009). Bir çalışmada postmenopozal kadınlarda D vitamini eksikliği olanlarda, D vitamini eksikliği olmayanlara göre KVH riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca vitamin D eksikliği olan kadınlar arasında daha fazla sigara içildiği gözlenmiştir. Sonuç olarak, D vitamini eksikliği, olumsuz kardiyovasküler sonuçlarla da bağlantılı olan yaşam tarzı faktörleriyle ilişkilidir (Schierbeck ve diğeri, 2012). Başka bir çalışmada, postmenopozal kadınlarda özellikle de osteoporoz ve kırık öyküsü olanlarda yüksek D vitamini yetersizliği görülmüştür (Gaugris ve diğeri, 2005).

Düşük kalsiyum ve D vitamini alımı ve aşırı alkol tüketimi gibi diyet davranışı ve fiziksel aktivite eksikliği gibi yaşam tarzındaki farklılıklar, sigara içme durumu, aile öyküsü, erken menopoz, bazı kanser türleri ve bazı ilaçların uzun süreli kullanımı osteoporozu tetikleyebilir. Buna göre beslenme, osteoporozun büyümesinde ve korunmasında önemli bir rol oynamaktadır. Kalsiyum ve D vitamini yanı sıra proteinler, yağlar, lif, diğeri mineraller ve vitaminler kemik yoğunluğunu etkileyebilir (Mohammadifard ve diğeri, 2014). Peri-ve postmenopozal kadınlarda kemik kaybını önlemek için yeterli bir D vitamini alımıyla önlenir (Lerchbaum, 2014). Bir çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınlarda kalsiyum ve D vitamini takviyesinin takviye almayan kadınlara göre 5 yıllık tedaviden sonra kalça kırıklarında önemli bir azalma sağladığı sonucuna varılmıştır (Prentice ve diğeri, 2013).

Amerika Endokrin Derneği'nin kılavuzlarına göre, 19–50 yaşlarındaki yetişkinlerin kemik sağlığını ve kas fonksiyonunu en üst düzeye çıkarmak için en az 600 IU / d D vitamini alması gerekmektedir. Bununla birlikte, 25 ng / ml'nin üzerindeki 25 (OH) D'nin kan seviyesini yükseltmek için en az 1500-2000 IU / D takviye D vitamini almalıdır. 50-70 ve 70+ yaş arasındaki tüm yetişkinlerin D

vitamini için sırasıyla 600 ve 800 IU / gün, en az 600 IU / D vitamini alması gerektiği önerilmektedir. Bununla birlikte, 30 ng / ml'nin üzerindeki 25 (OH) D'nin kan seviyesini yükseltmek için en az 1500-2000 IU takviye D vitamini almalıdır (Holick ve diğerleri, 2011). Aşırı D vitamini fazlalığı, hiperkalsiüri ve hiperkalsemi (88 ng / mL'nin üzerindeki 25 (OH) D) seviyeleri ile ölçülür. D vitamini aşırı kullanımının ciddi sonuçları, hiperkalsemiye sekonder akut böbrek hasarı ve pankreatittir (Watson ve diğerleri, 2018).

2.4.2 Kalsiyum

Kalsiyum, kemiklerin büyümesi ve gelişimi için gerekli olan temel bir mineraldir. Vücuttaki kalsiyumunun % 90'ından fazlası kemikte bulunmaktadır (Mayes, 2007). D vitamininin aktif formu 1,25 (OH) 2 D bağırsak kalsiyum emilimini arttırmakta böylece kemik mineralizasyonu için yeterli kalsiyum mevcut bulunmaktadır (Fleet, 2017). Yaralanmış veya eksik kemik yapısında kemiğin yeniden onarılması gerekmektedir. Bu süreç, osteoblast ve osteoklast aktivitesi önemli olup özellikle protein, askorbik asit, A vitamini ve kalsiyum, fosfor ve magnezyum bakımından yeterli diye önemlidir. Osteoblastların yol açtığı bir dizi süreç boyunca, kalsiyum ve fosfat iyonları birleşerek, kemik matriksinin temel yapı bloklarını oluşturan hidroksiapatit kristalleri oluşturur. Serum kalsiyum seviyeleri paratiroid hormonu (PTH), 1,25 - (OH) 2 D ve kalsitonin tarafından düzenlenir. Toplam serum kalsiyumun ortalama seviyesi 9.5 mg / dL'dir (yaklaşık 2.5 mmol / L). Vücut bu seviyeyi % 10 aralığında tutar (Mayes, 2007). Ergenlik öncesi ve erken pubertal dönemdeki kadınlarda, özellikle kalsiyumun yeterli miktarda tüketilmesinin, pik kemik kütlelerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Yüksek protein, sodyum ve kafein alımları, artan kalsiyum idrar atılımı yoluyla kemik mineral kütlelerini

azaltabilir. Sonuç olarak, osteoporozun önlenmesi pubertal öncesi yıllarda başlamalı ve yaşam boyunca devam etmelidir (Anderson ve diğerleri, 1996).

IOM 2011 raporuna göre 19-50 yaş arası kadınlara 1000 mg kalsiyum, 50 yaş üzeri kadınlarda 1200 mg kalsiyum takviyesi önerilmektedir (Ross ve diğerleri, 2011, Washington ve diğerleri, 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde, kalsiyumun %72'si süt, peynir ve yoğurttan ve süt ürünlerinin eklendiği yiyeceklerden, kalan kalsiyumun %7'si sebzelerden, %5'i tahıllardan, %4'ü baklagillerden %3'ü meyveden, %3'ü et, kümes hayvanları ve balıktan %2'si yumurtadan gelmektedir. Besinlerde bulunan kalsiyumun yaklaşık yüzde 30'u emilmektedir ancak emilim tüketilen gıda türüne göre değişmektedir (Ross ve diğerleri, 2011). Kalsiyum takviyeleri genellikle tuz formülasyonlarında bulunur, en popülerleri kalsiyum karbonat ve kalsiyum sitrattır. Kalsiyum karbonat ucuzdur ve kabızlık, karın krampları ve şişkinlik dâhil olmak üzere gastrointestinal yan etkilerle daha sık ilişkilidir. Ayrıca, kalsiyum karbonat ve kalsiyum sitrat yemeklerle birlikte alınmalıdır, çünkü optimum emilim için gastrik asit gereklidir (Cano ve diğerleri, 2018). Bireyin kalsiyum alımı değerlendirilmeli ve yetersiz görünüyorsa takviye önerilebilir.

2.4.3 Fitoöstrojenler

Fitoöstrojenler östrojen benzeri özelliklere sahip bitkisel bileşikleridir. Fitoöstrojenler izoflavonlar ve lignanlar olmak üzere iki grupta incelenirler. Soya fasulyesi izoflavonların açısından zengindir. Lignanlar, keten tohumu, kepekli tahıllar, baklagiller, meyve ve sebzelerde bulunurlar. İzoflavonlar ve lignanların kimyasal yapıları estradiolinkine benzerdir ve bu bileşiklerin dolaşımdaki östrojen seviyesine bağlı olarak östrojenik veya antiöstrojenik bir etki sergiledikleri görülmektedir. Menopoz semptomlarını tedavi etmek için fitoöstrojenlerin

kullanımına çok fazla ilgi vardır. Bunun nedeni vasomotor semptomların Asya'da Amerika ve Avrupa'daki kadınlarınkinden daha az sıklıkta yaşanması ve fitoöstrojenler bakımından zengin olan diyetle ilişkilendirilmesidir (Chen ve diğerleri, 2015). Bir çalışmada son 6 ay boyunca mensturasyonu durmuş ve şiddetli sıcak basması olan 40-65 yaşları placebo verilen 95 kadın ve 80 mg/gün izoflavon verilen 85 kadın ile yürütülmüştür. Buna göre izoflavon grubundaki sıcak basmasındaki azalma plasebo grubuna göre 6. haftada 1.1 ve 12. haftada 1.1 kat fazla bulunmuştur (Ferrari, 2009). Soya fitoöstrojenleri, menopozal semptomların tedavisi için hormon replasman tedavisine alternatif olarak yaygın olarak kullanılmaktadır (Sunita ve Pattanayak, 2011).

Fitoöstrojenler, serum lipit metabolizmasını, arteriyel damarları, sitokin düzeylerini ve koagülasyon / fibrinoliz sistemini düzenleyerek ateroskleroz ve aterosklerozla ilişkili hastalıkları potansiyel olarak çoklu mekanizmalar yoluyla azaltabilir. Dolayısıyla fitoöstrojenlerin anti aterosklerotik etkilere sahip olduğunu ve kardiyovasküler hastalıkları önlemek ve tedavi etmek için kullanılabileceğini göstermektedir ve diyetle fitoöstrojen eklenmesi postmenopozal kadınların sağlığına katkıda bulunabilir (Sobenin ve diğerleri, 2016).

Soya Proteinleri

FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından günlük 25g soya proteini tüketiminin LDL kolesterolünde azalma sağladığı için, günlük diyetle soya ve soya ürünlerinin tüketimine yer verilmesi önerilmektedir (Food and Drug Administration, 2017). Soya proteini tüketiminin 62 postmenopozal kadınlarda kalp hastalığı riskine etkisini incelemek için yapılan çalışmada, 1 yıl boyunca günlük olarak 25 gr soya proteini tüketmeleri sonucunda serum HDL seviyelerini artırmasına rağmen, LDL seviyeleri üzerinde herhangi bir etki göstermemiştir. Çalışmanın sonucu; diyetle 1

yıllık soya proteini takviyesinin 25 gr / gün katılması sonucu lipit profilinde olumlu bir değişiklik olmadığını ve kardiyovasküler faydalar sağlamadığını göstermektedir (Campbell ve diğerleri, 2010).

Postmenopozal kadınlarda kemik kaybını önlemeye yönelik HRT yerine doğal alternatifler olarak soya izoflavonlarını önerilmektedir. Steroid hormonlarının aksine, fitoöstrojenler herhangi bir yan etki yaratmazlar ve bu nedenle postmenopozal kadınlarda kemik kütesini korumak için uygun bileşikler olabilirler. Soya izoflavon kemik oluşumunu teşvik, kemik erimesini azaltarak menopoz sonrası kadınlarda osteoporotik kemik kaybını önleyebilmektedir (Alimoradi ve diğerleri, 2016).

2.5 Menapoz ve Yaşam Kalitesi

Kapsamlı klinik ve epidemiyolojik çalışmalar sağlıklı bir yaşam tarzının iyi dengelenmiş bir diyet, fiziksel olarak aktif olmak, sigara ve alkol içmemek gibi kronik hastalıkların azaltılmasında önemli olduğuna işaret etmektedir. Sağlıklı yaşam tarzının diyete bağlı kronik hastalıkları önleyerek yaşam kalitesini arttırmaktadır (Kim ve diğerleri, 2004).

Egzersiz ve düzenli fiziksel aktivite, menopozda olan kadınların vazomotor semptomlarının azaltılması ve sıcak basmanın, uyku bozukluklarının ve psikolojik problemlerinin azaltılmasında etkilidir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, aerobik ve yürüme egzersizleri vazomotor, zihinsel, sosyal, fiziksel ve cinsel semptomların iyileştirilmesi menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının iyileştirilmesinde etkili bir yöntem olarak düşünülebilir. Fiziksel aktivite menopoz semptomlarını azaltarak menopozdaki kadınlarda yaşam kalitesini artırabilir (Abdolahian ve diğerleri, 2018). Fiziksel aktivite, işteki günlük aktiviteleri ve yapılandırılmış egzersiz eğitimini kapsayan, enerji harcamasına neden olan iskelet

kaslarının ürettiği bedensel hareketleri içerir. Fiziksel aktiviteden fayda sağlamak için haftanın her günü 30 dakikadan daha fazla orta şiddette fiziksel aktivite önerilmektedir (Kim ve diğerleri, 2004). Menopoz geçişi sırasındaki kadınlar için, yalnızca kilo alması değil aynı zamanda vücut bileşiminde ve yağ dağılımında değişiklikler yaşanmasına endişe duymaktadırlar. Orta yaştaki kadınların yıl içinde yaklaşık 0,5 kg veya daha fazla kilo alma oranını bulunmaktadır. Ancak kilo almanın menopozu tanımlayan hormonal değişikliklerden daha fazla yaşlanmanın bir fonksiyonu olduğunu göstermektedir. Fiziksel aktivite, yaşla birlikte kilo alımını tamamen önlememesine rağmen, obezitenin gelişmesine karşı koruma sağlayabilir (Sternfeld ve Dugan, 2011).

Fiziksel aktivite ve egzersiz glikoz ve insülin metabolizmasını ve uyku kalitesini artırabilir. Düzenli egzersiz, motor ve bilişsel işlevi ,endişeyi ve uyku kalitesini ve dolayısıyla genel refahı artırır (Martinez-Dominguez ve diğerleri, 2017). Yapılan bir çalışmada sonucunda, postmenopozal sedanter kadınlarda 6 ay boyunca aerobik antrenman, özellikle gece terlemeleri, ruh hali değişiklikleri ve sinirlilik gibi tipik menopoz semptomlarını azaltmıştır (Moilanen ve diğerleri, 2012).

Bölüm 3

BİREYLER VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 1 Haziran 2018 – 1 Nisan 2019 tarihleri arasında Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 21.05.2018 tarih ve 2018/59-51 sayılı onayıyla Türkiye Cumhuriyeti Gaziantep ili Nizip ilçesinde ikamet eden menopozlu kadınlar ile yürütülmüştür.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Türkiye Cumhuriyeti Gaziantep ili Nizip ilçesinde ikamet eden 40 yaş üstü menopozlu kadın bireyler oluşturmaktadır. Araştırma evreninde yer alan kişi sayısı bilinmediğinden evreni bilinmeyen örneklem sayısı formülü kullanılmış olup, %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hata payıyla basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle belirlenen 384 kadınla yürütülmüştür.

3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri

Çalışmada 'Anket Yolu ile Bilgi Toplama' ve 'Teke Tek Görüşmeler Yolu ile Bilgi Toplama' teknikleri kullanılmıştır. Teke tek görüşme ve anket yolu ile bilgi toplama tekniği kullanılarak kişilerin genel özellikleri, menopoz dönemiyle ilgili bilgiler, beslenme alışkanlıkları, ve besin tüketim sıklık ve miktarları belirlenmiş olup antropometrik ölçümleri alınmıştır (Ek-1). Besin tüketim miktarları 'Yemek ve Besin Fotoğrafları Kataloğu Ölçü ve Miktarlar' kullanılarak belirlenmiştir (Rakırcıoğlu ve diğerleri, 2012).

Çalışmada menopoz semptomları varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesinde Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), menopoz dönemindeki yaşam kalitesini belirlemek için Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ) ve diyet kalitesini belirlemek için Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası (DKİ-U) (Ek-2) ve genel yaşam kalite değerlendirilmesinde Yaşam Tarzı İndeksi (YTİ) (Ek-3) kullanılmıştır. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği menopoz dönemindeki yaşam kalitesini belirlemeye yönelik soruları içerirken, Yaşam Kalite İndeksi diyet, fiziksel aktivite, alkol ve sigara tüketim alışkanlıklarına dayalı bir değerlendirmedir. İki ölçek yaşam kalitesini farklı parametreler ve farklı açılardan değerlendirmektedir.

3.3.1 Genel Bilgiler ve Beslenme Alışkanlıkları

Anketin genel bilgiler kısmında; yaş, eğitim durumu, mesleği, alkol ve sigara tüketimi sorgulanmıştır. Beslenme alışkanlıkları kısmında; öğün tüketimleri ve öğün atlama sebepleri sorgulanmıştır. Fiziksel aktivite kısmında; kadınların fiziksel aktivite sıklığı ve süresi sorgulanmıştır.

3.3.2 Menopoz Dönemi

Menopoz dönemi kısmında; ilk adet yaşları, ilk gebelik yaşları, canlı doğum sayıları, menopoza girme yaşları ve şekli, hormon tedavisi kullanıp kullanmadıkları, menopoza yönelik bilgi alıp almadıkları eğer aldılarsa kim tarafından bilgi aldıkları sorgulanmıştır.

3.3.3 Besin Tüketim Sıklığı

Bu çalışmada kadınların besin tüketim sıklık ve miktarları son bir aylık miktarlı besin tüketim sıklığı formu kullanılarak sorgulanmıştır. Bu formda verilen yanıtlar sonucunda her bir seçenek için belirlenmiş olan katsayı ile çarpılıp günlük miktarlara çevrilerek günlük tüketilen besin öğeleri ve enerji alım düzeyleri 'Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS 8.1) programı ile hesaplanmıştır. Her bir seçenek

için belirlenmiş olan katsayılar şunlardır; Her öğün: 3, Her gün:1, Haftada 5-6 kez: 0,7855, Haftada 3-4 kez: 0,5, 15 günde 1 kez: 0,067, Ayda 1 kez: 0,333, Hiç:0 'dır.

3.3.4 Antropometrik Ölçümler

Vücut Ağırlığı: Bu çalışmada bireyler ince kıyafetle ve ayakkabısız 0.5 kg'a duyarlı tartı aleti ile ölçüm yapılmıştır.

Menopoz Öncesi Vücut Ağırlığı: Sözlü beyanla alınmıştır.

Boy Uzunluğu: Bireyler ayakkabısız ayaklar yan yana ve baş frankfort düzlemde iken esnemeyen mezura ile ölçülmüştür (Pekcan, 2012).

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. WHO'ya göre ≤ 18.5 kg/m² zayıf, 18.5-24.9 kg/m² normal, 25.0-29.9 kg/m² hafif şişman, ≥ 30.00 kg/m² ise obez olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000).

Bel Çevresi: En alt kaburga kemiği ile kristailiyak arasında orta noktasından esnemeyen mezür ile ölçülmüştür (Pekcan, 2012). Erkeklerde ≥ 94 cm ve kadınlarda ≥ 80 cm kronik hastalık riskini gösterirken erkeklerde ≥ 102 cm ve kadınlarda ≥ 88 cm yüksek risk ile ilişkilendirilmektedir (WHO, 2000).

Kalça Çevresi: Bireyin yanında durularak en yüksek noktadan geçen çevre esneyemen mezür ile ölçülmüştür (Pekcan, 2012).

Bel-Kalça Oranı: Bel çevresinin (cm), kalça çevresine (cm) bölünmesi ile hesaplanmaktadır. WHO'ya göre bel/kalça oranının erkekler için ≥ 0.90 cm, kadınlar için ≥ 0.85 cm'den fazla olması artmış metabolik hastalık riskini ifade etmektedir (WHO 2000).

Bel-Boy Oranı: Bel çevresini boy uzunluğuna bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Kardiyometabolik hastalık riskinin belirlenmesinde kullanılabilir (Ashwell ve Hsieh, 2005). Yetişkin Türk bireyler için

kardiyometabolik risk kesim noktası 0,5 olarak belirlenmiştir (Meseri ve diğeri, 2013).

3.3.5 Menopoz Semptomlarını Değerlendirmesi

Schneider ve arkadaşları tarafından ilk olarak 1992 yılında menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Schneider ve arkadaşları tarafından ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği 1996 yılında yapılmıştır (Schneider ve diğeri, 2002). 2004 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Gürkan tarafından yapılmıştır. MSDÖ'nun Türkçe Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak saptanmıştır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte, her bir madde için; 4: Çok şiddetli 3: Şiddetli 2: Orta 1: Hafif 0: Hiç yok seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en fazla puan "44" iken en az puan "0"dır. Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek, Psikolojik şikâyetler alt boyutu (4, 5, 6 ve 7), somatik şikâyetler alt boyutu (1, 2, 3 ve 11), Ürogenital şikâyetler alt boyutu (8, 9 ve 10) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ki 3 ve 11. sorular farklı alt gruplarda yer aldığından ölçekten elde edilen toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır (Can-Gürkan, 2005).

3.3.6 Utian Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği, 2002 yılında Utian tarafından menopoz dönemindeki yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Utian ve diğeri, 2002). UYKÖ iyilik halini menopozal semptomlardan ayırt ederek yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Abay tarafından 2014 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirlik

çalışması yapılmıştır. UYKÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır. Ölçeğin her soru maddesi beşli likert tipte olup, ifadeler kişiye uygunluğuna göre, birden beşe doğru sıralanmaktadır. Ölçek ifadelerinde “kesinlikle katılıyorum” ifadesi 5, “katılıyorum” ifadesi 4, “biraz katılıyorum” ifadesi 3, “katılmıyorum” ifadesi 2, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesi ise 1 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçek düz ve ters soru maddelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin 1., 2., 3., 5., 6., 9., 10., 14., 17., 18., 19., 20., 21., 22. ve 23. soru maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 115, en düşük puan ise 23'tür. Ölçek puanının artması yaşam kalitesindeki artışı ifade etmektedir. Ölçeğin Cinsel Yaşam Kalitesi, Sağlık Yaşam Kalitesi, Emosyonel Yaşam Kalitesi, Meslek/İş Yaşam Kalitesi olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Cinsel Yaşam Kalitesi (4., 5.,14. Soru), kadınların eşiyile yaşadığı cinsel yaşamı değerlendirilmekte olup bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 15, en düşük puan ise 3'tür. Sağlık Yaşam Kalitesi (7., 8., 9., 10., 16., 21., 22. Soru), kadınların fiziksel sağlığı değerlendirilmekte olup. bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 7'dir. Emosyonel Yaşam Kalitesi (1., 11., 12., 13., 15. ve 20. Soru), kadınların ruhsal ve duygusal yaşamı değerlendirilmekte olup bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan ise 6'dır. Meslek/İş Yaşam Kalitesi (2., 3., 6., 17., 18., 19. ve 23. Soru) çalışan kadınların mesleki yaşamı, çalışmayanların ise günlük yaşamı değerlendirilmekte olup bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 7'dir. (Abay, 2014).

3.3.7 Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi

Kim ve arkadaşları tarafından 2003 yılında Çin'de geliştirilmiştir. Daha sonra diyet kalitesinin ülkeler arası karşılaştırılmasında kullanılabilecek olan Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası (DKİ-U) olarak adlandırılan genel bir diyet kalitesi ölçüsü

geliştirilmiştir. DKİ-U sadece aşırı beslenmeyle ilgili kronik hastalıklarla değil yetersiz beslenmeyle ilgili sorunlara da odaklanmaktadır. DKİ-U'nun dört ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar çeşitlilik, yeterlilik, denge ve genel dengedir. Toplam DKİ-U skoru 0 ile 100 arasındadır. DKİ-U puanının 60 puan altı diyet kalitesinin kötü, 60 puan ve üzerinin ise diyet kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Kim ve diğerleri, 2003).

Diyet Kalite İndeksinin Hesaplanması: Bireylerin besin tüketim sıklıklarının (Ek-1) günlük miktarlarından elde edilen sonuçlar doğrultusunda DKİ-U (Ek-2) puanlamasına göre hesaplanmıştır. DKİ-U dört ana kategoride sınıflanmıştır.

Çeşitlilik (0-20 puan) : Tüm besin grupları çeşitliliği ve protein kaynağı çeşitliliği olarak 2 farklı şekilde puanlanmaktadır. Tüm besin grupları çeşitliliğinde beş besin grubunun (et / kümes hayvanları / balık / yumurta, süt ürünleri / kurubaklagil, tahıllar, meyveler ve sebzeler) tümünün tüketimi 15 puan verilmekte, eksik olan her bir besin grubu içinde 3'er puan düşürülmektedir. Protein kaynağı çeşitliliğinde 6 farklı protein kaynağından (kırmızı et, kümes hayvanları, balık, süt ürünleri, kurubaklagil, yumurta) günde 3 farklı kaynak ve üzeri 5 tam puan, 2 farklı kaynak 3 puan, 1 kaynak tüketimi ise 0 puandır.

Yeterlilik (0-40 puan) : Günlük önerilen tüketim miktarlarını karşılama oranı sebze, meyve, tahıl ürünleri ve posa için 0-5 puandır. Sebze için; günde 3-5 porsiyon ve üzeri tüketim 5 puan, <3- ≥1,5 porsiyon arası 2,5 puan, <1,5- ≥0 porsiyon arası 0 puandır. Meyve için; ≥ 2-4 porsiyon ve üzeri tüketim 5 puan, <2- ≥1 porsiyon arası 2,5 puan, <1- ≥0 porsiyon arası 0 puandır. Tahıl için: ≥6-11 porsiyon ve üzeri tüketim 5 puan, <6- ≥3 porsiyon arası 2,5 puan ve <3- ≥0 porsiyon arası 0 puandır. Protein, demir, kalsiyum ve C vitamini yeterliliği için en yüksek puanı tanımlayan alım düzeyi, yaşa ve cinsiyete göre değişen Önerilen Besin Tüketimi (RDA)

karşılama oranları dikkate alınmıştır. Protein için günlük alınan enerjinin %10'undan fazlasını alana 5 puan, $\leq 10\% - \geq 5\%$ arasında alana 2,5 puan, $\leq 5\% - \geq 0\%$ alan ise 0 puandır. Kalsiyum için RDA'nın $\geq 100\%$ 'ünü karşılayan 5 puan, $\leq 100\% - \geq 50\%$ sini karşılayan 2,5 puan ve $\leq 50\% - \geq 0\%$ 'ını karşılayan 0 puan almıştır. Demir için RDA'nın $\geq 100\%$ 'ünü karşılayan 5 puan, $\leq 100\% - \geq 50\%$ sini karşılayan 2,5 puan ve $\leq 50\% - \geq 0\%$ 'ını karşılayan 0 puan almıştır. C vitamini için RDA'nın $\geq 100\%$ 'ünü karşılayan 5 puan, $\leq 100\% - \geq 50\%$ sini karşılayan 2,5 puan ve $\leq 50\% - \geq 0\%$ 'ını karşılayan 0 puan almıştır.

Denge (0-30 puan): Toplam yağ, doymuş yağ, kolesterol, sodyum ve boş enerji kaynaklarından gelen enerji miktarlarını karşılama durumuna göre 0-6 puan arasında puanlanmıştır. Toplam yağ için enerjinin %20'sine eşit ve düşük ise 6 puan, $> 20\% - \leq 30\%$ arasında ise 3 puan, $> 30\%$ u ise 0 puandır. Doymuş yağ için enerjinin $\leq 7\%$ si ise 6 puan, $> 7\% - \leq 10\%$ arasında ise 3 puan, $> 10\%$ nu ise 0 puandır. Kolesterol için ≤ 300 mg/gün ise 6 puan, $> 300 - \leq 400$ mg/gün ise 3 puan, > 400 mg/gün ise 0 puandır. Sodyum için ≤ 2400 mg/gün ise 6 puan, $> 2400 - \leq 3400$ mg/gün arasında ise 3 puan, > 3400 mg/gün ise 0 puandır. Boş enerji kaynakları için enerjinin %3'üne eşit ve düşük ise 6 puan, $\leq 3\% - \leq 10\%$ arasında ise 3 puan, $> 10\%$ u ise 0 puandır.

Genel Denge (0-10 puan): Makro besin ögesi oranı (karbonhidrat, protein, yağ) ile yağ asidi oranları (ÇDYA: TDYA: DYA) değerlendirilmiştir. Makro besin ögesi oranı (K: P: Y) 0-6 puan arasında değerlendirilip önerilen alım düzeylerine uygun sınırlarda olanlara 6 puan, sınırların dışında kalanlar 2'şer puan düşürülerek puanlanmıştır. Yağ asidi oranları ise 0-4 puan arasında değerlendirilip önerilen alım düzeylerine uygun sınırlarda olanlara 4 puan, sınırların dışında kalanlar 2'şer puan düşürülerek puanlanmıştır.

3.3.8 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Kim ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Çin’de geliştirilmiştir. Yaşam Kalite İndeksi, yaşam kalitesinin toplam sağlığını özetleyen ve kronik sağlık sonuçlarına ilişkin yaşam tarzı faktörleri için güncel önerileri içeren daha kapsamlı bir sağlık ölçüsü sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu indeks DKİ-U’ye ek olarak sigara, alkol ve fiziksel aktivite değerlendirmesini kapsamaktadır. Diyet Kalite İndeksi, Fiziksel Aktivite İndeksi, Sigara İndeksi ve Alkol İndeksi olmak üzere dört bölüme ayrılmıştır. Dört ana gruptan oluşan toplam YTI skoru 0 ile 100 arasındadır. YTI puanının 60 puan altı yaşam kalitesinin kötü, 60 puan ve üzerinin ise yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Her bölümün toplam puan üzerindeki kat sayıları değişkenlik göstermekte olup DKİ-U’nun %20’si, fiziksel aktivite ve sigara içme indeksinin %30’u, alkol indeksinin %20’sini oluşturmaktadır. Fiziksel Aktivite İndeksi aktivite düzeylerini beş gruba ayırır: çok aktif, aktif, orta, hafif ve sedanterdir. Puanlama 0-10 arasındadır. Çok aktif 10 puan alırken sedanter 0 puan almaktadır. Puanlar egzersiz yapma sıklığına göre belirlenmiş olup, haftada 1 kez yapanlar orta aktif kabul edilip 5 puan, haftada 2-3 kez yapanlar aktif kabul edilip 8 puan, haftada 5-6 kez ve her gün yapanlar çok aktif kabul edilip 10 puan, hiç yapmayanlar sedanter olarak kabul edilip 0 puan almaktadırlar. Sigara içmek özellikle akciğer kanseri ve kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Sigara İçme İndeksi, hem sigara içme durumu hem de miktarına dayanmaktadır. Sigara içme durumu kategorileri içmeyenler, içip bırakanlar ve sigara içenlerdir. Sigara içmeyenlere en yüksek 10 puan, içip bırakanlara 7 puan verilir. Mevcut sigara içenlere günlük içilen sigara sayısına göre dört gruba ayrılmaktadır ve azalan puanlar sigara miktarına göre verilmektedir. Alkol Tüketimi İndeksi ise 3 gruba ayrılır: hiç içmeyen, sürekli içen ve aşırı içen şeklindedir. Orta düzeyde içki

içenler ve hiç içki içmeyenlerin en yüksek 10 puan olarak değerlendirilir (Kim ve diğerleri, 2004).

3.3.9 Verilerin İstatistiksel Analizi

Kadınların sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık, ilaç kullanma ve sigara-alkol tüketme durumları, öğün tüketimi ve öğün atlama durumları, besin tüketim sıklıkları menopoz şekli, hormon tedavisi ve bilgi alma durumları, kadınların besin tüketim miktarlarına, enerji, makro ve mikro besin alım miktarlarına, antropometrik ölçümlerine, Diyet Kalite İndeksi, Yaşam Tarzı İndeksi, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarına ait ortalama (\bar{x}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri hesaplanmıştır. İstatistiksel testlerin seçiminde verilerin normal dağılıma uyma durumu Kolmogorov-Smirnov testi, QQ plot grafiği ve basıklık-çarpıklık değerlerine göre belirlenmiştir. Buna göre bu çalışma verilerinin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş olup iki gruptan oluşan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlerle karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkeninin ikiden fazla gruptan oluştuğu durumlarda ise ANOVA kullanılmış ve post-hoc test olarak Tukey testi uygulanmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki incelenirken Pearson testi kullanılmıştır. Bu istatistiksel analizler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 ile yapılmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Kadınların Genel Özellikleri

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

	S	%
Yaş Grubu		
40-49 yaş	124	32.2
50-59 yaş	144	37.5
60-69 yaş	78	20.4
70 yaş ve üzeri	38	9.9
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	73	19.0
Okuryazar	40	10.4
İlköğretim	144	37.5
Lise	65	16.9
Üniversite ve üzeri	62	16.2
Meslek		
Memur	53	13.8
İşçi	6	1.7
Serbest meslek	11	2.8
Emekli	15	3.9
Çalışmıyor	299	77.8
Medeni durum		
Evli	266	69.2
Bekar	101	26.3
Boşanmış	17	4.5
Toplam	384	100.0

Tablo 1’de kadınların %32.2’sinin 40-49 yaş, %37.5’unun 50-59 yaş grubunda olduğu, %19.0’unun okuryazar olmadığı, %37.5’unun ilköğretim, %16.9’unun lise, %16.2’sinin ise üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldığı, %77.8’sinin çalışmadığı ve %69.2’sinin evli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların Genel Sağlık, İlaç Kullanma ve Sigara-Alkol Tüketme Durumları

	S	%
Tanısı konmuş kronik hastalık		
Var	212	55.3
Yok	172	44.7
Hastalık (S=212)*		
Diyabet	94	44.3
Hipertansiyon	105	49.5
Kemik	9	4.2
Kalp	32	15.0
Diğer*	20	9.4
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Kullanan	203	52.8
Kullanmayan	181	47.2
Vitamin-mineral desteği kullanma		
Kullanan	69	17.9
Kullanmayan	315	82.1
Kullanılan vitamin-mineral (S=69)*		
B12 Vitamini	20	28.9
D Vitamini	7	10.1
Demir	15	23.2
Kalsiyum	21	30.4
Multi-vitamin	10	14.7
Omega3	2	2.9
Vitamin-mineral kullanma sıklığı (S=69)		
Her gün	62	89.9
Haftada 3-5	7	10.1
Sigara içme durumu		
Hiç içmeyen	240	62.5
İçip, bırakan	64	16.6
İçen	80	20.9
Sigara içme süresi (yıl)(S=80)		
≤10	20	25.0
11-20	38	47.5
≥21	22	27.5
Günlük içilen sigara sayısı(adet) (S=80)		
1-4	11	13.8
5-9	18	22.5
10-19	25	31.2
≥20	26	32.5
Alkol kullanma durumu		
Kullanan	-	-
Kullanmayan	384	100.0
Toplam	384	100.0

*Guatr Hastalığı, Ülser, Yüksek Kolesterol, Psikiyatrik Bozukluklar, Tiroid Hastalıkları, Böbrek Hastalıkları

Tablo 2 incelendiğinde kadınların %55.3'ünün doktor tarafından tanısı konmuş kronik hastalığının bulunduğu, bunların %49.5'unun hipertansiyon, %4.3'ünün diyabet, %15'inin kalp hastalığı bulunduğu saptanmıştır. Kadınların %52.8'sinin düzenli olarak ilaç kullandığı, %17.9'unun vitamin-mineral desteği kullandığı saptanmıştır. Vitamin-mineral desteği kullananların %28.9'unun B12 vitamini, %30.4'ünün kalsiyum, %21.7'sinin demir, %10.1'inin D vitamini ve %14.7'inin multi-vitamin aldığı, %88.4'ünün vitamin-mineral desteğini her gün, %10.1'inin haftada 3-5 kere aldığı tespit edilmiştir.

Kadınların sigara-alkol kullanma durumları incelendiğinde; %62.5'unun hiç sigara içmediği, %20.9'unun ise sigara içtiği belirlenmiştir. Sigara içen kadınların %47.5'unun 11-20 yıl sigara, sigara içen kadınların %31.2'sinin günde 10-19 adet ve %32.5'unun günde 20 adet ve üzeri sigara içtiği saptanmıştır. Kadınların hiçbirinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

4.2 Kadınların Beslenme Alışkanlıkları

Tablo 3. Kadınların Öğün Tüketimi ve Öğün Atlama Durumları

	S	%
Günlük tüketilen ana öğün		
İki	177	46.1
Üç	207	53.9
Günlük tüketilen ara öğün		
Hiç tüketmeyen	77	20.0
Bir	134	34.9
İki	151	39.3
Üç	22	5.8
Ana öğün atlama durumu		
Atlayan	152	39.5
Atlamayan	206	53.8
Bazen atlayan	26	6.7
Atlanan ana öğün (S=178)		
Sabah	38	21.3
Öğle	128	71.9
Akşam	12	6.8
Öğün atlama nedeni		
İştahı yok/canı istemiyor	72	40.4
Alışkanlığı yok	65	36.5
Sevmiyor	1	0.6
Zayıflamak istiyor	26	14.6
Zamanı yok	14	7.9

Tablo 3'te kadınların %46.1'inin günde iki ve %53.9'unun günde üç ana öğün tükettiği, %34.9'unun günde bir, %39.3'ünün günde iki ve %20.0'mın hiç ara öğün tüketmediği belirlenmiştir. Kadınların %39.5'inin öğün atladığı, %6.7'sinin ise bazen öğün atladığı belirlenmiş olup, öğün atlayanların %71.9'unun öğle öğünün atladığı, %40.4'ünün iştahının olmadığı, %36.5'inin alışkanlığı olmadığı, %14.6'nın ise zayıflamak istediği için öğün atladığı görülmüştür.

4.3 Kadınların Besin Tüketim Durumları

Tablo 4. Kadınların Besin Tüketim Sıklıkları

	Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde 1		Ayda 1		Hiç	
	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Süt	45	11.7	4	1.0	35	9.1	81	21.0	52	13.5	45	11.7	122	31.7
Yoğurt	170	44.2	27	7.0	71	18.4	61	15.8	8	2.0	8	2.0	39	10.1
Kefir	15	3.9	1	0.2	11	2.8	14	3.6	8	2.0	6	1.5	329	85.6
Ayran	191	49.7	17	4.4	62	16.1	68	17.7	16	4.1	7	1.8	23	5.9
Peynir çeşitleri	303	78.9	17	4.4	26	6.7	26	6.7	1	0.2	6	1.5	5	1.3
Kırmızı et	14	3.6	22	5.7	165	42.9	126	32.8	40	10.4	6	1.5	11	2.8
Tavuk	1	0.2	8	2.0	51	13.2	106	27.6	88	22.9	40	10.4	90	23.4
Balık türleri	-	-	-	-	-	-	13	3.3	29	7.5	68	17.7	274	71.3
Ton balığı	-	-	-	-	-	-	7	1.8	11	2.8	18	4.6	348	90.6
İşlenmiş et ürünleri	16	4.1	2	0.5	7	1.8	84	21.8	34	8.8	27	7.0	214	55.7
Sakatatlar	1	0.2	-	-	-	-	9	2.3	64	16.6	94	24.4	216	56.2
Yumurta	162	42.1	22	5.7	89	23.1	79	20.5	10	2.6	3	0.7	19	4.9
Kuru baklagiller	18	4.6	4	1.0	54	14.0	197	51.3	90	23.4	12	3.1	9	2.3
Yağlı tohumlar	84	21.8	13	3.3	64	16.6	136	35.4	42	10.9	12	3.1	33	8.5
Koyu yeşil yapraklı sebzeler	89	23.1	28	7.2	94	24.4	102	26.5	5	1.3	8	2.0	58	15.1
Sarı sebzeler	16	4.1	13	3.3	38	9.9	90	23.4	84	21.8	31	8.0	112	29.1
Domates, salatalık, taze fasulye, mantar,karnabahar, soğan	290	75.5	13	3.3	38	9.9	32	8.3	10	2.6	1	0.2	-	-
Patates	7	1.8	5	1.3	48	12.5	143	37.2	79	20.5	43	11.2	59	15.3
Taze baklagiller	-	-	1	0.2	2	0.5	2	0.5	8	2.0	6	1.5	365	95.0
Hazır meyve suyu	2	0.5	1	0.2	9	2.3	31	8.0	22	5.7	45	11.7	274	71.3
Taze meyveler	251	65.3	29	7.5	68	17.7	31	8.0	2	0.5	-	-	3	0.7
Kurutulmuş meyveler	43	11.2	4	1.0	36	9.3	79	20.5	29	7.5	9	2.3	184	47.9
Beyaz ekmek türleri	288	75.0	2	0.5	12	3.1	8	2.0	5	1.3	2	0.5	67	17.4
Tam tahıllı ekmekler	67	17.4	2	0.5	4	1.0	8	2.0	5	1.3	-	-	298	77.6
Pirinç, bulgur, makarna, erişte, kuskus, irmik	3	0.7	11	2.8	128	33.3	210	54.6	26	6.7	4	1.0	2	0.5
Bisküvi/Kraker	4	1.0	1	0.2	13	3.3	28	7.2	20	5.2	12	3.1	306	79.6
Kahvaltılık tahıllar	4	1.0	-	-	3	0.7	12	3.1	5	1.3	-	-	360	93.7
Kurabiye, kek, kruvasan, pay	2	0.5	2	0.5	15	3.9	70	18.2	68	17.7	55	14.3	172	44.7
Simit	4	1.0	4	1.0	10	2.6	41	10.6	60	15.6	52	13.5	213	55.4
Börek , Poğaç , Açma	4	1.0	-	-	19	4.9	68	17.7	65	16.9	48	12.5	180	46.8
Zeytin	298	77.6	10	2.6	32	8.3	26	6.7	1	0.2	-	-	17	4.4
Sıvı yağlar	379	98.7	2	0.5	2	0.5	-	-	-	-	-	-	1	0.2
Margarin	-	-	1	0.2	3	0.7	15	3.9	8	2.0	7	1.8	350	91.1
Mayonez	-	-	-	-	-	-	17	4.4	9	2.3	13	3.3	345	89.8
Tereyağı	52	13.5	5	1.3	17	4.4	31	8.0	38	9.9	42	10.9	199	51.8
Krem/üçgen peynir	7	1.8	-	-	5	1.3	21	5.4	14	3.6	12	3.1	325	84.6
Çikolata/çikolata kreması	18	4.6	7	1.8	12	3.1	56	14.5	32	8.3	22	5.7	237	61.7
Bal , reçel , pekmez	162	42.1	15	3.9	29	7.5	45	11.7	20	5.2	9	2.3	104	27.0
Fındık, fıstık ezmesi	-	-	-	-	3	0.7	-	-	5	1.3	4	1.0	372	96.8
Gofretler	-	-	1	0.2	4	1.0	26	6.7	19	4.9	15	3.9	319	83.0
Şekerleme, lokum, jelibon, sert şekerler	17	4.4	9	2.3	25	6.5	34	8.8	6	1.5	9	2.3	284	73.9
Hazır mısır, patates cipsi	-	-	-	-	1	0.2	21	5.4	8	2.0	20	5.2	334	86.9
Hamur tatlıları	2	0.5	1	0.2	11	2.8	34	8.8	88	22.9	126	32.8	122	31.7
Hamburger,cheeseburger	-	-	-	-	-	-	-	-	12	3.1	12	3.1	360	93.7
Pizza	-	-	3	0.7	1	0.2	6	1.5	16	4.1	33	8.5	325	84.6
Patates kızartması	5	1.3	4	1.0	25	6.5	119	30.9	80	20.8	57	14.8	94	24.4
Gazlı içecekler	8	2.0	1	0.2	28	7.2	50	13.0	39	10.1	19	4.9	239	62.2
Alkollü içecekler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	384	10-
Çay şekeri	247	64.3	1	0.2	1	0.2	2	0.5	-	-	-	-	133	34.6

Tablo 4 incelendiğinde kadınların %44.4'unun yoğurdu, %49.7'sinin ayranı, %78.9'unun peynir çeşitlerini, %42.1'inin yumurtayı, %65.3'ünün taze meyveleri, %77.6'sının zeytini, %98.7'sinin sıvı yağları, %42.1'inin bal, reçel, pekmezi ve %64.3'ünün çay şekerini her gün tükettiği tespit edilmiştir. Kadınların %42.9'u kırmızı eti ve %33.3'ü pirinç, bulgur, makarna,erişte, kuskus,irmiği haftada 3-4 kez tüketmektedir. Kadınların %21'i sütü, %27.6'sının tavuğu, %51.3'ünün kuru baklagilleri, %35.2'sinin yağlı tohumluları, %26.5'unun koyu yeşil yapraklı sebzeleri, %37.2'sinin patatesi, %54.6'sının pirinç, bulgur, makarna, erişte, kuskus,irmiği ve %30.9'unun patates kızartmasını haftada 1-2 kez tükettiği belirlenmiştir. Kadınların %22.9'unun tavuğu, %21.8'inin sarı sebzeleri, %20.5'inin patatesi, %22.9'unun hamur tatlılarını, %20.8'inin patates kızartmasını 15 günde bir tükettiği görülmüştür. Kadınların %17.7'sinin balık türlerini, %24.4'ünün sakatatları, %32.8'inin hamur tatlılarını ayda bir tükettiği belirlenmiştir. Kadınların %31.7'sinin sütü, %85.6'sının kefirini, %71.3'ünün balık türlerini, %90.6'sının ton balığını, %55.7'sinin işlenmiş et ürünlerini, %56.2'sinin sakatatları, %29.1'inin sarı sebzeleri, %95'inin taze baklagilleri, %71.3'ünün hazır meyve suyunu, %47.9'unun kurutulmuş meyveleri, %77.6'sının tam tahıllı ekmekleri, %79.6'sının bisküvi/krakerleri, %93.7'sinin kahvaltılık tahılları, %55.4'ünün simiti, %46.8'inin börek,poğaca ve açmayı, %91.1'inin margarini, %89.8'inin mayonezi, %51.8'inin tereyağını, %84.6'sının krem/üçgen peyiniri, %61.7'sinin çikolatayı, %96.8'inin fındık, fındık ezmesini, %83'ünün gofretleri, %73.9'unun şekerleme,lokum,jelibon ve sert şekerleri, %86.9'unun hazır mısır, patates cipsini, %93.7'sinin hamburger,chesseburgeri, %84.6'sının pizzayı, %62.2'sinin gazlı içecekleri hiç tüketmediği görülmüştür.

Tablo 5. Kadınların Bir Günlük Besin Tüketim Miktarları (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
Süt (ml)	47.6	73.22	-	400.0
Yoğurt (g)	123.5	98.39	-	440.0
Kefir (ml)	15.5	64.45	-	600.0
Ayran (ml)	306.4	244.71	-	1000.0
Peynir çeşitleri (g)	36.2	18.78	-	120.0
Kırmızı et (g)	20.4	19.66	-	157.1
Tavuk (g)	21.5	31.17	-	250.0
Balık türleri (g)	3.9	9.50	-	64.5
Ton balığı (g)	0.5	2.34	-	23.6
İşlenmiş et ürünleri (g)	2.7	5.76	-	40.0
Sakatatlar (karaciğer, dalak) (g)	1.7	2.83	-	19.3
Yumurta (g)	33.0	20.60	-	100.0
Kuru baklagiller (g)	32.1	34.24	-	206.4
Yağlı tohumlar (g)	21.5	29.09	-	250.0
Koyu yeşil yapraklı sebzeler (g)	24.5	33.42	-	170.0
Sarı sebzeler (g)	19.3	29.80	-	219.9
Domates, salatalık, taze fasulye, patlıcan mantar,karnabahar,kuru ve yeşil soğan (g)	203.0	107.17	3.3	507.8
Patates (g)	31.4	37.91	-	300.0
Taze baklagiller (g)	0.8	6.19	-	78.5
Hazır meyve suyu(%100 meyve suyu) (ml)	9.0	25.11	-	200.0
Taze meyveler (g)	161.9	92.94	-	670.0
Kurutulmuş meyveler (g)	8.9	17.68	-	235.6
Beyaz ekmek türleri (g)	99.1	84.91	-	600.0
Tam tahıllı ekmekler (g)	16.2	37.18	-	200.0
Pirinç, bulgur, makarna, erişte, kuskus,irmik (g)	24.1	29.09	-	294.5
Bisküvi/Kraker (g)	1.1	4.85	-	62.8
Kahvaltılık tahıllar(cornflakes,müsli,yulaf) (g)	1.0	5.40	-	50.0
Kurabiye, kek, kruvasan, pay (g)	5.2	9.38	-	78.5
Simit (g)	10.1	23.23	-	180.0
Börek , Poğaç , Açma (g)	9.7	17.88	-	100.0
Zeytin (g)	14.3	9.00	-	70.0
Sıvı yağlar (g)	18.9	8.85	5.0	60.0
Margarin (yumuşak , katı) (g)	0.1	0.62	-	5.0
Mayonez (g)	0.1	0.63	-	4.3
Tereyağı (g)	2.6	5.12	-	40.0
Krem/üçgen peynir (g)	0.6	2.62	-	25.0
Çikolata/çikolata kreması (g)	3.2	7.47	-	40.0
Bal , reçel , pekmez (g)	8.1	8.62	-	40.0
Fındık, fıstık ezmesi (g)	0.1	0.84	-	10.0
Gofretler (g)	0.8	2.78	-	23.5
Şekerleme, lokum, jelibon, sert şekerler (g)	1.7	4.15	-	30.0
Hazır mısır, patates cipsi (g)	0.8	3.34	-	40.0
Hamur tatlıları (g)	4.0	8.09	-	75.0
Hamburger,cheeseburger (g)	0.3	1.46	-	8.7
Pizza (g)	2.0	8.75	-	117.8
Patates kızartması (g)	10.9	14.67	-	90.0
Gazlı içecekler (ml)	21.1	46.57	-	400.0
Çay şekeri (g)	14.9	15.20	-	100.0

Tablo 5 incelendiğinde kadınların günde 47.6 ± 73.22 gr süt, 123.5 ± 98.39 gr yoğurt, 15.5 ± 64.45 gr kefir, 306.4 ± 244.71 gr ayran, 36.2 ± 18.78 gr peynir, 20.4 ± 19.66 gr kırmızı et, 21.5 ± 31.17 gr tavuk, 3.9 ± 9.50 gr balık, 2.7 ± 5.76 gr işlenmiş et ürünleri, 33.0 ± 20.60 gr yumurta tükettikleri tespit edilmiştir. Kadınların 32.1 ± 34.24 gr kuru baklagil, 21.5 ± 29.09 yağlı tohum, 24.5 ± 33.42 gr koyu yeşil yapraklı sebze, 203.0 ± 107.17 gr domates, salatalık, taze fasülye, patlıcan mantar, karnabahar, kuru ve yeşil soğan ve 31.4 ± 37.91 gr patates tükettikleri görülmüştür. Kadınların günde 161.9 ± 92.94 gr taze meyve ve 8.9 ± 17.68 gr kurutulmuş meyve tükettiği saptanmıştır. Kadınların günde 99.1 ± 84.91 gr beyaz ekmek, 16.2 ± 37.18 tam tahıllı ekmek, 24.1 ± 29.09 gr pirinç, bulgur, makarna, erişte, kuskus, ırmik, 10.1 ± 23.23 gr simit, 9.7 ± 17.88 gr börek, poğaç, açma tükettiği belirlenmiştir. Kadınlar günde 14.3 ± 9.0 gr zeytin, 18.9 ± 8.85 gr sıvı yağ, 3.2 ± 7.47 gr çikolata, 8.1 ± 8.62 gr bal, reçel, pekmez tüketmektedir. Kadınlar günde 10.9 ± 14.67 gr patates kızartması, 21.1 ± 46.57 gr gazlı içecek ve 14.9 ± 15.20 gr çay şekeri tüketmektedir.

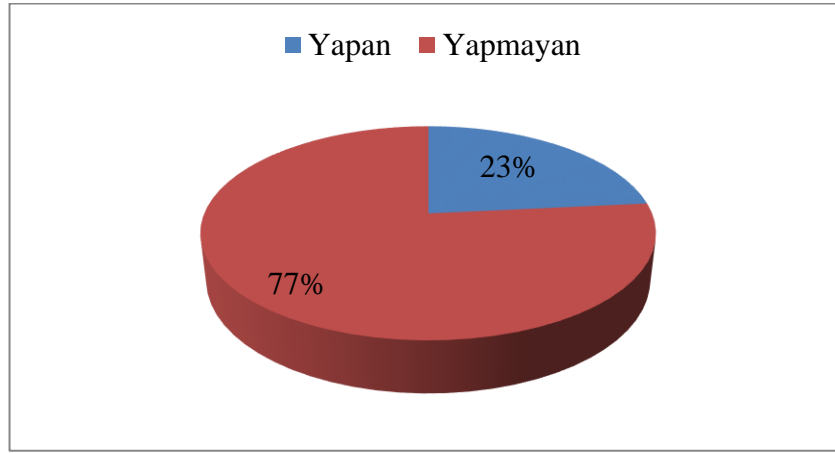
Tablo 6. Kadınların Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alım Miktarları (S=384)

Enerji ve Besin Ögesi	\bar{x}	SS	Alt	Üst
Enerji (kcal)	1618.7	549.30	552.4	3723.8
CHO (g)	168.5	65.51	38.7	418.8
CHO (%)	42.9	7.89	17.0	63.0
Protein (g)	59.9	22.72	16.3	180.2
Protein (%)	15.2	2.79	9.0	26.0
Yağ (g)	75.6	29.23	23.7	179.3
Yağ (%)	41.8	6.92	24.0	65.0
Su (ml)	1037.0	402.50	107.8	2666.7
A Vit. (µg)	1175.9	791.78	92.8	5760.9
D Vit. (µg)	1.9	1.58	0.1	14.6
E Vit. (µg)	11.5	5.19	3.3	35.5
K Vit. (µg)	71.3	79.70	13.3	631.9
C Vit. (mg)	90.3	42.82	1.3	302.1
Tiamin (mg)	0.7	0.29	0.1	2.2
Riboflavin (mg)	1.3	0.59	0.1	3.6
Niasin (mg)	8.4	3.94	1.3	29.5
Pant. Asit (mg)	4.8	1.67	0.9	11.6
Biotin (µg)	49.6	18.45	8.2	111.2
Piridoksin(µg)	0.9	0.38	0.0	2.3
Folik asit (µg)	247.3	89.44	37.7	583.9
B12 vit. (µg)	3.9	1.96	0.2	11.0
Sodyum*(mg)	2002.6	851.16	450.0	6352.4
Potasyum (mg)	2348.2	877.35	226.5	7088.3
Kalsiyum (mg)	869.1	379.13	184.1	2693.5
Magnezyum (mg)	233.4	99.96	34.7	781.4
Fosfor (mg)	1059.7	410.93	250.3	2863.7
Kükürt (mg)	621.7	246.07	136.2	1991.8
Demir (mg)	8.3	3.56	1.7	30.0
Çinko (mg)	7.3	3.10	1.5	21.3
Bakır (mg)	1.3	0.55	0.2	4.2
Klor (mg)	2779.3	1179.11	615.8	8652.2
Manganez (mg)	2.3	1.00	0.5	6.3
Posa(g)	17.6	7.20	3.5	60.0
Kolesterol (mg)	245.5	113.66	20.7	603.4
Doy. Yağ Asitleri	20.8	9.96	4.0	68.8
Tekli Doym. Yağ Asitleri	29.1	12.52	6.5	87.6
Çoklu Doym. Yağ Asitleri	13.1	7.62	2.1	46.4

*Sadece besinler ile alınan sodyum miktarı

Tablo 6'ya göre kadınların enerji alımı 1618.7 ± 549.30 kkal, 168.5 ± 65.51 g karbonhidrat, 59.9 ± 22.72 g protein ve 75.6 ± 29.2 g yağ aldığı görülmüştür.

Kadınların 1037.0 ± 402.50 μg A vitamini, 11.5 ± 5.19 μg E vitamini, 90.3 ± 42.82 mg C vitamini, 247.3 ± 89.44 μg folik asit ve 3.9 ± 1.96 μg B12 vitamini aldığı saptanmıştır. Kadınların günlük 2002.6 ± 851.16 mg sodyum, 869.1 ± 379.13 mg kalsiyum, 233.4 ± 99.96 mg magnezyum, 8.3 ± 3.56 mg demir, 7.3 ± 3.10 mg çinko, 17.6 ± 7.20 g posa, 245.5 ± 113.66 mg kolesterol, 20.8 ± 9.96 doymuş yağ asitleri, 29.1 ± 12.52 tekli doymamış yağ asitleri ve 13.1 ± 7.62 çoklu doymamış yağ asitleri aldığı saptanmıştır.



Şekil 1. Kadınların Düzenli Fiziksel Yapma Durumuna Göre Dağılımı

Şekil 1’de araştırmaya katılan kadınların %23.0’ünün düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir.

4.4 Kadınların Antropometrik Ölçümleri

Tablo 7. Kadınların Antropometrik Ölçümleri (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
Menopozdan Önceki Vücut Ağırlığı (kg)	71.5	14.07	45.0	120.0
Vücut ağırlığı (kg)	77.2	12.38	52.0	127.0
Boy uzunluğu (cm)	158.4	5.94	140.0	179.0
BKİ (kg/m²)	30.8	5.46	19.8	58.0
Bel çevresi (cm)	104.6	11.56	73.0	140.0
Kalça çevresi (cm)	113.2	10.50	81.0	145.0
Bel / kalça oranı	0.9	0.07	0.6	1.1
Bel / boy oranı	0.6	0.08	0.4	0.9

Tablo 7 incelendiğinde kadınların menopozdan önceki vücut ağırlığı 71.5±14.07 kg, şu an ki vücut ağırlığı 77.2±12.38 kg, BKİ 30.8±5.62 kg/m², bel çevresi 104.6±11.56 cm, bel/kalça oranı 0.9±0.07 ve bel/boy oranı 0.6±0.08 bulunmuştur.

Tablo 8. Kadınların Antropometrik Ölçüm Sınıflamaları

	S	%
BKİ (kg/m²)		
Normal	61	15.9
Hafif şişman	112	29.2
Obez	211	54.9
Bel çevresi (cm)		
Normal	6	1.6
Risk	21	5.5
Yüksek risk	357	92.9
Bel kalça oranı (cm)		
Normal	55	14.4
Riskli	329	85.6
Bel boy oranı (cm)		
Normal	9	2.4
Riskli	375	97.6
Toplam	384	100.0

Tablo 8 incelendiğinde kadınların %54.9'unun obez, %29.2'sinin hafif şişman, %92.9'unun bel çevresinin yüksek risk, %85.6'sının bel kalça oranının riskli ve %97.6'sının bel boy oranının riskli olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Kadınların Menopoz Şekline Göre Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Menopoz Şekli	S	\bar{x}	SS	Alt	Üst	F	p
Vücut ağırlığı (kg)	Doğal	331	77.3	12.64	52	127	0.111	0.895
	Cerrahi	36	76.4	11.55	58	101		
	İlaç	17	76.5	8.96	60	93		
Boy uzunluğu (cm)	Doğal	331	158.3	6.02	140	179	1.398	0.248
	Cerrahi	36	157.8	5.46	145	168		
	İlaç	17	160.6	5.17	152	170		
BKİ (kg/m ²)	Doğal	331	30.9	5.56	19.8	58	0.411	0.664
	Cerrahi	36	30.6	5.26	22	42.2		
	İlaç	17	29.7	3.61	22	37.6		
Bel çevresi (cm)	Doğal	331	104.6	11.74	73	140	0.508	0.602
	Cerrahi	36	105.8	11.81	84	138		
	İlaç	17	102.4	6.71	86	110		
Kalça çevresi (cm)	Doğal	331	113.3	10.74	81	145	0.162	0.851
	Cerrahi	36	112.8	9.26	96	134		
	İlaç	17	112.0	8.34	98	129		
Bel kalça oranı (cm)	Doğal	331	0.9	0.07	0.68	1.16	0.863	0.423
	Cerrahi	36	0.9	0.07	0.79	1.14		
	İlaç	17	0.9	0.06	0.82	1		
Bel boy oranı (cm)	Doğal	331	0.6	0.08	0.45	0.96	1.055	0.349
	Cerrahi	36	0.6	0.08	0.51	0.92		
	İlaç	17	0.6	0.05	0.52	0.71		

Tablo 9 incelendiğinde kadınların menopoz şekline göre antropometrik ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Durumuna Göre Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Hormon tedavisi	S	\bar{x}	SS	t	p
Vücut ağırlığı (kg)	Alan	79	80.4	12.88	2.573	0.010*
	Almayan	305	76.4	12.13		
Boy uzunluğu (cm)	Alan	79	159.7	5.73	2.191	0.029*
	Almayan	305	158.0	5.96		
BKİ (kg/m ²)	Alan	79	31.5	5.07	1.305	0.193
	Almayan	305	30.6	5.55		
Bel çevresi (cm)	Alan	79	105.6	10.12	0.833	0.405
	Almayan	305	104.4	11.91		
Kalça çevresi (cm)	Alan	79	114.8	10.21	1.500	0.134
	Almayan	305	112.8	10.55		
Bel kalça oranı (cm)	Alan	79	0.9	0.06	-0.598	0.550
	Almayan	305	0.9	0.07		
Bel boy oranı (cm)	Alan	79	0.6	0.07	-0.003	0.998
	Almayan	305	0.6	0.08		

Tablo 10 incelendiğinde kadınların hormon tedavisi alma durumuna göre vücut ağırlığı ve boy uzunluğu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Hormon tedavisi alan kadınların vücut ağırlığı ve boy uzunluğu değerleri almayanlara göre yüksektir.

Kadınların hormon tedavisi alma durumuna göre BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı değerleri arasında fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 11. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Durumuna Göre Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Menopoz dönemine yönelik bilgi alma	S	\bar{x}	SS	t	p
Vücut ağırlığı (kg)	Alan	176	78.0	12.80	1.248	0.213
	Almayan	208	76.5	12.00		
Boy uzunluğu (cm)	Alan	176	158.8	5.57	1.376	0.170
	Almayan	208	158.0	6.23		
BKİ (kg/m ²)	Alan	176	31.0	5.54	0.514	0.608
	Almayan	208	30.7	5.39		
Bel çevresi (cm)	Alan	176	104.5	11.11	-0.142	0.887
	Almayan	208	104.7	11.96		
Kalça çevresi (cm)	Alan	176	113.3	10.06	0.137	0.891
	Almayan	208	113.2	10.88		
Bel kalça oranı (cm)	Alan	176	0.9	0.06	-0.541	0.589
	Almayan	208	0.9	0.07		
Bel boy oranı (cm)	Alan	176	0.6	0.08	-0.589	0.556
	Almayan	208	0.6	0.08		

Tablo 11 incelendiğinde kadınların hormon tedavisi alma durumuna göre antropometrik ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

4.5 Kadınların Menopoz Dönemi

Tablo 12. Kadınların Menopoz Şekli, Hormon Tedavisi ve Bilgi Alma Durumları

	S	%
Menopoz şekli		
Doğal	331	86.2
Cerrahi	36	9.3
İlaç	17	4.5
Hormon tedavisi		
Alan	79	20.5
Almayan	305	79.5
Hormon tedavisi kullanma süresi (n=79)		
1-3 ay	19	23.1
4-6 ay	39	50.0
6 aydan fazla	21	26.9
Menopoz dönemine yönelik bilgi alma		
Alan	176	45.8
Almayan	208	54.2
Toplam	384	100.0

Tablo 12 incelendiğinde kadınların %86.2'sinin doğal yollarla menopoza girdiği, %9.3'ünün cerrahi ve %4.5'inin ilaçla menopoza girdiği saptanmıştır. Kadınların %20.5'inin hormon tedavisi aldığı, hormon tedavisi alanların %50 'sinin 4-6 ay ve %26.9'unun 6 aydan fazla süreyle hormon tedavisi aldığı görülmüştür. Kadınların %45.8'inin menopoz konusunda bilgi aldığı, %54.2'sinin ise almadığı saptanmıştır.

Tablo 13. Kadınların Yaş, Canlı Doğum Sayısı, Adet, Gebelik ve Menopoz Yaşı (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
Yaş	55.4	9.64	40	87
İlk adet yaşı	13.2	1.37	9	20
İlk gebelik yaşı	21.1	4.23	14	40
Canlı doğum sayısı	3.9	1.89	1	13
Menopoz yaşı	45.9	5.72	30	58

Tablo 13 incelendiğinde kadınların yaş ortalamasının 55.4 ± 9.64 , ilk adet yaşının 13.2 ± 1.37 , ilk gebelik yaşının 21.1 ± 4.23 , canlı doğum sayısının 3.9 ± 1.89 ve menopoz yaşının 45.9 ± 5.72 olduğu saptanmıştır.

4.6 Kadınların Yaşam Tarzı İndeksi, Diyet Kalite İndeksi, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

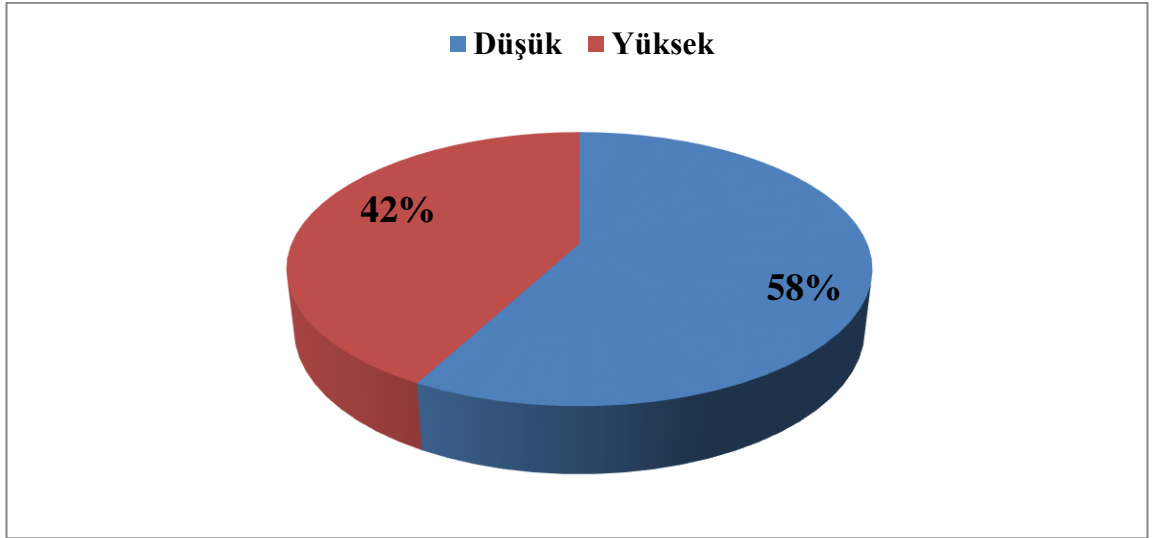
Tablo 14. Kadınların YTI, MSDÖ ve UYKÖ Puanları (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
YTI-Fiziksel Aktivite	6.0	11.25	0.0	30.0
YTI-Sigara İçme	23.3	10.22	0.0	30.0
YTI-Alkol Kullanma	20.0	0.0	20.0	20.0
YTI- Diyet Kalite	11.7	1.49	7.70	16.9
YTI	61.0	15.21	27.7	93.9
MSDÖ-Somatik şikayetler	10.0	3.12	0.0	16.0
MSDÖ-Psikolojikşikayetler	11.9	3.66	0.0	16.0
MSDÖ-Ürogenitalşikayetler	5.4	3.14	0.0	12.0
MSDÖ	27.5	7.75	1.0	44.0
UYKÖ-Emosyonel Yaşam Kalitesi	20.0	3.03	11.0	36.0
UYKÖ-Cinsel Yaşam Kalitesi	7.3	2.42	3.0	14.0
UYKÖ-Meslek/İş Yaşam Kalitesi	20.8	4.38	11.0	30.0
UYKÖ-Sağlık Yaşam Kalitesi	20.4	2.26	14.0	26.0
UYKÖ	68.7	7.08	50.0	88.0

Tablo 14 incelendiğinde kadınların YTI'de bulunan sigara içme alt boyutundan 23.3 ± 10.22 puan, fiziksel aktivite alt boyutundan 6.0 ± 11.25 puan aldıkları, yaşam kalite indeksi skorlarının 61.0 ± 15.21 olduğu belirlenmiştir.

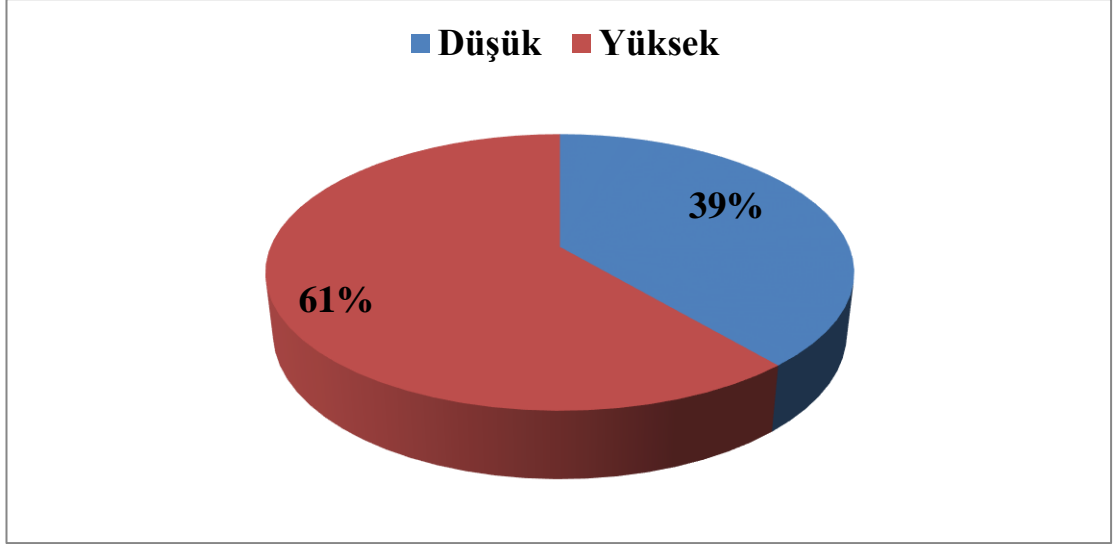
Kadınların MSDÖ’de bulunan somatik şikayetler alt boyutundan 10.0 ± 3.12 puan, psikolojik şikayetler alt boyutundan 11.9 ± 3.66 puan ve ürogenital şikayetler alt boyutundan 5.4 ± 3.14 puan aldıkları belirlenmiştir. Kadınların MSDÖ toplam puanının 27.5 ± 7.75 olduğu saptanmıştır.

Kadınların UYKÖ’de yer alan emosyonel yaşam kalitesi alt boyutundan 20.0 ± 3.03 puan, cinsel yaşam kalitesi alt boyutundan 7.3 ± 2.42 puan, meslek/iş yaşam kalitesi alt boyutundan 20.8 ± 4.38 puan ve sağlık yaşam kalitesi alt boyutundan 20.4 ± 2.26 puan aldıkları, UYKÖ genelinden ise 68.7 ± 7.08 puan aldıkları tespit edilmiştir.



Şekil 2. Kadınların DKİ-U Düzeylerinin Dağılımı

Şekil 2’ye göre kadınların %58’inin DKİ-U’nun düşük, %42’sinin ise yüksek olduğu saptanmıştır.



Şekil 3. Kadınların YTI Düzeylerinin Dağılımı

Şekil 3'e göre kadınların %39'unun YTI'sinin düşük, %61'inin ise yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 15. Kadınların Diyet Kalite İndeksi Puanları (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
Çeşitlilik	19.9	0.39	15	20
Tüm besin grupları	14.9	0.30	12	15
Protein kaynağı	4.9	0.18	3	5
Yeterlilik	22.6	7.98	5	40
Sebze	2.0	1.69	0	5
Meyve	2.2	1.91	0	5
Tahıl	1.6	1.64	0	5
Posa	3.0	1.57	0	5
Protein	4.9	0.13	2.5	5
Demir	2.4	1.65	0	5
Kalsiyum	3.1	1.68	0	5
Vitamin C	3.1	1.61	0	5
Denge	12.8	4.27	0	24
Toplam yağ	0.1	0.62	0	3
Doymuş yağ	1.2	1.87	0	6
Kolesterol	4.7	1.86	0	6
Sodyum	5.0	1.65	0	6
Boş enerji kaynağı	1.7	2.14	0	6
Genel Denge	3.0	1.57	0	10
K:P:Y	0.1	0.74	0	6
ÇDYA:TDYA:DYA	2.8	1.40	0	4
Diyet Kalite İndeksi	58.4	7.48	38.5	84.5

Tablo 15 incelendiğinde kadınların DKİ-U'da bulunan çeşitlilik alt boyutundan 19.9 ± 0.39 puan, yeterlilik alt boyutundan 22.6 ± 7.98 puan, denge alt boyutundan 12.8 ± 4.27 puan ve genel denge alt boyutundan 3.0 ± 1.57 puan aldıkları, kadınların DKİ-U skorlarının 58.4 ± 7.48 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 16. Kadınların Yaşam Kalite İndeksi Puanları

	S	%
Çeşitlilik		
Tüm besin grupları		
Tüm besin gruplarından ≥ 1 porsiyon/gün	380	98.9
1 besin grubu eksik/gün	4	1.1
Protein kaynağı		
≥ 3 farklı kaynak/gün	381	99.2
2 farklı kaynak/gün	3	0.8
Yeterlilik		
Sebze		
≥ 3 -5 porsiyon/gün	59	15.5
< 3 - ≥ 1.5 porsiyon/gün	196	51.0
< 1.5 - ≥ 0 porsiyon/gün	129	33.7
Meyve		
≥ 2 -4 porsiyon/gün	91	23.7
< 2 - ≥ 1 porsiyon/gün	156	40.6
< 1 - ≥ 0 porsiyon/gün	137	35.6
Tahıl		
≥ 6 -11 porsiyon/gün	39	10.1
< 6 - ≥ 3 porsiyon/gün	176	45.8
< 3 - ≥ 0 porsiyon/gün	169	44.1
Posa		
≥ 20 -30g/gün	126	32.8
< 20 - ≥ 10 g/gün	214	55.7
< 10 - ≥ 0 g/gün	44	11.5
Protein		
Enerjinin ≥ 10 /gün	383	99.7
Enerjinin < 10 - ≥ 5 /gün	1	0.3
Demir		
≥ 100 RDA(AI)/gün	81	21.0
< 100 - ≥ 50 RDA(AI)/gün	218	56.7
< 50 - ≥ 0 RDA(AI)/gün	85	22.3
Kalsiyum		
≥ 100 AI/gün	143	37.2
< 100 - ≥ 50 AI/gün	190	49.4
< 50 - ≥ 0 AI/gün	51	13.4
Vitamin C		
≥ 100 RDA(AI)/gün	139	36.2
< 100 - ≥ 50 RDA(AI)/gün	202	52.6
< 50 - ≥ 0 RDA(AI)/gün	43	11.2

Tablo 16. Kadınların Yaşam Kalite İndeksi Puanları (Devam)

Denge	S	%
Toplam yağ		
Enerjinin>%20-≤%30/gün	17	4.5
Enerjinin>%30/gün	367	95.5
Doymuş yağ		
Enerjinin≤%7/gün	28	7.4
Enerjinin>%7-≤%10/gün	100	26.0
Enerjinin>%10/gün	256	66.6
Kolesterol		
≤300mg/gün	256	66.6
>300-≤400mg/gün	101	26.3
>400mg/gün	27	7.1
Sodyum (Sadece besinler ile alınan miktar)		
≤2400mg/gün	271	70.5
>2400-≤3400mg/gün	98	25.6
>3400mg/gün	15	3.9
Boş enerji kaynağı		
Enerjinin≤%3/gün	51	13.4
Enerjinin%3-≤10/gün	119	30.9
Enerjinin>%10/gün	214	55.7
Genel denge		
Makro besin ögesi oranı		
55-65:10-15:15-25	4	1.0
52-68:9-16:13-27	2	0.5
50-70:8-17:12-30	10	2.6
Diğer	368	95.9
Yağ asidi oranı		
ÇDYA/DYA=1-1.5 ve TDYA/DYA=1-1.5	214	55.7
ÇDYA/DYA=0.8-1.7 ve TDYA/DYA=0.8-1.7	124	32.2
Diğer	46	11.9
Fiziksel Aktivite		
Çok aktif	45	11.7
Aktif	37	9.6
Orta aktif	7	1.9
Sedanter	295	76.8
Sigara içme durumu		
Hiç içmeyen	240	62.5
İçip, bırakan	64	16.6
Günde 1-4 adet	11	2.8
Günde 5-9 adet	18	4.7
Günde 10-19 adet	25	6.6
Günde 20 adet ve üzeri	26	6.8

Alkol kullanma durumu

Hiç kullanmayan

384

100.0

Tablo 16 incelendiğinde kadınların çeşitlilik alt boyutundan %98.9'unun tüm besin gruplarından 1 porsiyondan fazla ya da eşit tükettiği, %99.2'sinin 3 farklı protein kaynağı tükettiği saptanmıştır.

Kadınların yeterlilik alt boyutundan %51.0'mın 1.5 ila 3 porsiyon arasında sebze, %40.6'sının 1 ila 2 porsiyon arası meyve, %45.8'inin 3 ila 6 porsiyon arası tahıl, %55.7'sinin 10 ila 20 gram arası posa, %99.7'sinin enerjinin %10'nundan fazlasının protein, %56.7'sinin demir gereksiniminin RDA'ya göre yarısının karşılandığı, %49.4 ve %52.6'nın sırasıyla kalsiyum ve C vitaminin gereksinimi RDA'ya göre yarısının karşılandığı belirlenmiştir.

Kadınların denge alt boyutundan %95.5'inin enerjinin %30'undan fazlasının toplam yağ, %66.6'nın enerjinin %10'undan fazlasının doymuş yağ, %66.6'nın 300 miligramdan az kolesterol, %70.5'unun 2400 miligramdan az sodyum tükettiği belirlenmiştir.

Kadınların %76.8'inin fiziksel aktivite olarak sedanter, %62.5'inin hiç sigara içmeyen ve %16.6'sının içip bırakan olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17. Kadınların DKİ-U Puan Sınıflamasına Göre MSDÖ ve UYKÖ Puanları

	DKİ-U Sınıf	S	\bar{x}	ss	t	p
MSDÖ-Somatik şikayetler	Düşük	222	10.2	3.13	0.944	0.346
	Yüksek	162	9.9	3.11		
MSDÖ-Psikolojik şikayetler	Düşük	222	12.2	3.53	2.241	0.026*
	Yüksek	162	11.4	3.79		
MSDÖ-Ürogenital şikayetler	Düşük	222	5.6	3.16	1.097	0.274
	Yüksek	162	5.2	3.11		
MSDÖ	Düşük	222	28.1	7.61	1.885	0.060
	Yüksek	162	26.6	7.88		
UYKÖ-Emosyonel Yaşam Kalitesi	Düşük	222	20.1	3.16	0.536	0.592
	Yüksek	162	19.9	2.87		
UYKÖ-Cinsel Yaşam Kalitesi	Düşük	222	7.2	2.44	-0.847	0.398
	Yüksek	162	7.5	2.39		
UYKÖ-Meslek/İş Yaşam Kalitesi	Düşük	222	20.5	4.49	-1.166	0.244
	Yüksek	162	21.1	4.21		
UYKÖ-Sağlık Yaşam Kalitesi	Düşük	222	20.4	2.25	0.418	0.676
	Yüksek	162	20.3	2.27		
UYKÖ	Düşük	222	68.5	7.11	-0.646	0.519
	Yüksek	162	69.0	7.05		

*p<0.05

Tablo 17'ye göre kadınların DKİ-U puan sınıflamasına göre MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikâyetler ve ürogenital şikayetler alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Kadınların DKİ-U sınıflamasına göre MSDÖ'de bulunan psikolojik şikâyetler alt boyutundan aldıkları puanları DKİ-U'su düşük olan kadınların, DKİ-U'su yüksek olan kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür (p<0.05). Kadınların DKİ-U sınıflamasına göre UYKÖ toplam puanlarının ve ölçekte bulunan emosyonel, cinsel, meslek/iş ve sağlık yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 18. Kadınların YTI Puan Sınıflamasına Göre MSDÖ ve UYKÖ Puanları

	YTI Sınıf	S	\bar{x}	ss	t	p
MSDÖ-Somatikşikayetler	Düşük	149	10.8	2.94	3.740	0.000*
	Yüksek	235	9.6	3.15		
MSDÖ-Psikolojik şikayetler	Düşük	149	13.0	3.04	4.826	0.000*
	Yüksek	235	11.2	3.85		
MSDÖ-Ürogenitalşikayetler	Düşük	149	5.8	2.97	1.539	0.125
	Yüksek	235	5.2	3.23		
MSDÖ	Düşük	149	29.6	6.93	4.425	0.000*
	Yüksek	235	26.1	7.95		
UYKÖ-Emosyonel Yaşam Kalitesi	Düşük	149	20.4	3.26	1.954	0.051
	Yüksek	235	19.8	2.87		
UYKÖ-Cinsel Yaşam Kalitesi	Düşük	149	7.4	2.33	0.681	0.496
	Yüksek	235	7.3	2.48		
UYKÖ-Meslek/İş Yaşam Kalitesi	Düşük	149	20.8	4.54	0.094	0.925
	Yüksek	235	20.8	4.28		
UYKÖ-Sağlık Yaşam Kalitesi	Düşük	149	19.9	2.03	-3.842	0.000*
	Yüksek	235	20.7	2.33		
UYKÖ	Düşük	149	68.6	7.16	-0.078	0.938
	Yüksek	235	68.7	7.04		

*p<0.05

Tablo 18 incelendiğinde kadınların YTI sınıflamasına göre MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikâyetler ve psikolojik şikâyetler alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). YTI'si düşük olan kadınların MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikâyetler ve psikolojik şikâyetler alt boyutlarından aldıkları puanların, YTI'si düşük olan kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kadınların YTI sınıflamasına göre MSDÖ'de bulunan ürogenital şikâyetler alt boyutundan aldıkları puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Kadınların YTI sınıflamasına göre UYKÖ toplam puanlarının ve ölçekte bulunan emosyonel, cinsel ve meslek/iş yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). YTI'si yüksek olan kadınların, YTI'si düşük olan kadınlara göre UYKÖ'de

bulunan sağlık yaşam alt boyutunun puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 19. Kadınların DKİ-U Puan Sınıflamasına Göre Antropometrik lmeleri

	DKİ-U Sınıf	s	\bar{x}	ss	t	p
Vücut ağırlığı (kg)	Düşük	222	77.8	12.44	1.211	0.227
	Yüksek	162	76.3	12.28		
BKİ (kg/m²)	Düşük	222	31.1	5.20	1.591	0.113
	Yüksek	162	30.2	6.12		
Bel evresi (cm)	Düşük	222	105.8	11.52	2.309	0.021*
	Yüksek	162	103.0	11.47		
Kalça evresi (cm)	Düşük	222	113.9	10.55	1.389	0.166
	Yüksek	162	112.4	10.40		
Bel / kalça oranı	Düşük	222	0.9	0.07	1.744	0.082
	Yüksek	162	0.9	0.07		
Bel / boy oranı	Düşük	222	0.6	0.08	2.455	0.015*
	Yüksek	162	0.6	0.78		

*p<0.05

Tablo 19 da gösterilen bağımsız örneklem t testi sonuçları incelendiğinde kadınların DKİ-U sınıflamasına göre vücut ağırlığı, BKİ, kalça çevresi ve bel/kalça oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı grlmştir. DKİ'si yüksek olan kadınların bel çevresi ve bel/boy oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 20. Kadınların YTI Puan Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçümleri

	YTI Sınıf	S	\bar{x}	SS	t	p
Vücut ağırlığı (kg)	Düşük	149	77.6	13.11	0.499	0.618
	Yüksek	235	76.9	11.92		
BKİ (kg/m²)	Düşük	149	30.9	5.91	0.492	0.623
	Yüksek	235	30.6	5.44		
Bel çevresi (cm)	Düşük	149	104.8	12.27	0.286	0.775
	Yüksek	235	104.5	11.12		
Kalça çevresi (cm)	Düşük	149	113.4	10.98	0.186	0.852
	Yüksek	235	113.2	10.21		
Bel / kalça oranı	Düşük	149	0.9	0.07	0.100	0.920
	Yüksek	235	0.9	0.07		
Bel / boy oranı	Düşük	149	0.6	0.09	0.210	0.834
	Yüksek	235	0.6	0.08		

*p<0.05

Tablo 20'ye göre kadınların YTI sınıflamasına göre antropometrik ölçümleri arasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 21. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanları

	Yaş grubu	S	\bar{x}	SS	Alt	Üst	F	p	Fark
DKİ-U	40-49 yaş	124	58.6	7.08	43.5	78.5	13.980	0.000*	1-4
	50-59 yaş	144	59.9	7.63	43.5	84.5			2-4
	60-69 yaş	78	58.7	6.40	42.5	80.5			3-4
	70 yaş ve üzeri	38	51.5	6.73	38.5	64.0			
YTİ	40-49 yaş	124	61.5	16.44	29.3	93.5	1.851	0.137	
	50-59 yaş	144	62.1	16.62	28.9	93.9			
	60-69 yaş	78	60.5	12.09	32.3	92.8			
	70 yaş ve üzeri	38	55.8	9.43	27.7	62.8			
MSDÖ	40-49 yaş	124	27.2	7.42	1.0	44.0	1.590	0.191	
	50-59 yaş	144	26.7	9.02	10.0	44.0			
	60-69 yaş	78	28.6	5.95	10.0	39.0			
	70 yaş ve üzeri	38	29.0	6.54	11.0	42.0			
UYKÖ	40-49 yaş	124	70.1	6.46	54.0	83.0	9.476	0.000*	1-4
	50-59 yaş	144	69.6	6.78	54.0	88.0			2-4
	60-69 yaş	78	66.7	7.57	52.0	83.0			
	70 yaş ve üzeri	38	64.5	6.88	50.0	80.0			

*p<0.05

Tablo 21'e göre kadınların yaş gruplarına göre DKİ-U puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (p<0.05). 70 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların DKİ-U puanları diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre daha düşüktür.

Kadınların yaş gruplarına göre UYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış olup, 70 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların UYKÖ puanları 40-49 yaş ve 50-59 yaş grubunda yer alan kadınlardan daha düşük bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 22. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanları

	Eğitim Durumu	S	\bar{x}	SS	Alt	Üst	F	p	Fark
DKİ-U	Okuryazar değil	73	57. 0	7.91	40. 0	80. 5	5.966	0.000 *	1-4
	Okuryazar	40	56. 5	6.84	42. 5	70. 0			2-4
	İlköğretim	14 4	57. 7	6.69	38. 5	75. 5			3-4
	Lise	65	62. 1	8.47	44. 5	84. 5			
	Üniversite ve üzeri	62	58. 9	6.84	44. 0	72. 5			
YTI	Okuryazar değil	73	57. 3	13.3 0	28. 9	92. 8	2.693	0.031 *	1-4
	Okuryazar	40	60. 0	9.28	34. 5	91. 4			1-5
	İlköğretim	14 4	60. 2	15.3 9	27. 7	93. 5			
	Lise	65	64. 0	19.1 6	29. 2	93. 4			
	Üniversite ve üzeri	62	64. 4	14.4 1	32. 7	93. 9			
MSDÖ	Okuryazar değil	73	30. 1	6.06	11. 0	44. 0	15.66 2	0.000 *	1-4.1- 5
	Okuryazar	40	29. 8	6.04	12. 0	41. 0			2-4.2- 5
	İlköğretim	14 4	29. 1	6.66	10. 0	44. 0			3-4.3- 5
	Lise	65	24. 1	8.83	10. 0	42. 0			
	Üniversite ve üzeri	62	22. 7	8.42	1.0	38. 0			
UYKÖ	Okuryazar değil	73	65. 3	7.38	50. 0	82. 0	12.08 2	0.000 *	1-4
	Okuryazar	40	67. 1	7.59	54. 0	83. 0			1-5
	İlköğretim	14 4	68. 4	6.40	54. 0	84. 0			2-5
	Lise	65	70. 1	6.16	57. 0	83. 0			
	Üniversite ve üzeri	62	72. 9	6.51	59. 0	88. 0			

*p<0.05

Tablo 22'ye göre lise mezunu olanların DKİ-U puanları okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksektir (p<0.05). Okur-yazar

olmayan kadınların YTI puanları lise mezunu olan ve üniversite ve üzeri düzeyde eğitim almış kadınlara göre daha düşüktür ($p<0.05$). Okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların MSDÖ puanları lise mezunu olan ve üniversite ve üzeri düzeyde eğitim almış kadınlara göre daha düşüktür ($p<0.05$). Üniversite ve üzeri düzeyde eğitim almış kadınların UYKÖ puanları okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 23. Kadınların Menopoza Girme Yaşına Göre DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ Puanları

	Menopoz yaşı	S	\bar{x}	SS	Alt	Üst	F	p	Fark
DKİ-U	Erken	74	57.0	7.47	38.5	78.5	3.419	0.034*	1-3
	Normal	303	58.8	7.43	42.0	84.5			2-3
	Geç	7	53.5	6.95	43.5	62.0			
YTİ	Erken	74	61.0	16.49	27.7	93.0	0.007	0.994	
	Normal	303	60.9	15.05	28.9	93.9			
	Geç	7	61.5	7.47	53.3	77.4			
MSDÖ-Somatik şikayetler	Erken	74	10.7	3.41	0.0	16.0	1.995	0.137	
	Normal	303	9.9	3.04	1.0	16.0			
	Geç	7	9.7	2.56	5.0	13.0			
MSDÖ-Psikolojik şikayetler	Erken	74	12.7	3.39	1.0	16.0	2.343	0.097	
	Normal	303	11.7	3.72	0.0	16.0			
	Geç	7	12.2	2.93	7.0	16.0			
MSDÖ-Ürogeital şikayetler	Erken	74	6.3	2.80	1.0	12.0	3.869	0.022*	1-3
	Normal	303	5.2	3.21	0.0	12.0			
	Geç	7	5.0	2.00	2.0	7.0			
MSDÖ	Erken	74	29.8	7.42	11.0	44.0	4.325	0.014*	1-3
	Normal	303	26.9	7.77	1.0	44.0			
	Geç	7	27.0	6.38	14.0	34.0			
UYKÖ-Emosyonel Yaşam Kalitesi	Erken	74	20.4	2.89	14.0	28.0	0.829	0.437	
	Normal	303	20.0	3.07	11.0	36.0			
	Geç	7	19.1	2.85	16.0	24.0			
UYKÖ-Cinsel Yaşam Kalitesi	Erken	74	7.5	2.42	3.0	12.0	0.729	0.483	
	Normal	303	7.3	2.41	3.0	14.0			
	Geç	7	8.1	2.73	3.0	10.0			
UYKÖ-Meslek/İş Yaşam Kalitesi	Erken	74	21.6	4.42	12.0	30.0	1.788	0.169	
	Normal	303	20.6	4.37	11.0	30.0			
	Geç	7	20.5	3.99	16.0	27.0			
UYKÖ-Sağlık Yaşam Kalitesi	Erken	74	20.7	2.26	16.0	26.0	0.901	0.407	
	Normal	303	20.3	2.27	14.0	26.0			
	Geç	7	20.5	1.62	19.0	23.0			
UYKÖ	Erken	74	70.4	7.23	54.0	83.0	2.685	0.070	
	Normal	303	68.3	7.00	50.0	88.0			
	Geç	7	68.4	7.39	57.0	76.0			

*p<0.05

Tablo 23'e göre menopoza geç giren kadınların DKİ-U puanları diğer kadınlara göre anlamlı düzeyde düşüktür (p<0.05). Kadınların menopoza girme yaşlarına göre YTİ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı

görülmüştür ($p>0.05$). Menopoza erken giren kadınların MSDÖ toplam puanları geç girenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların menopoza girme yaşlarına göre UYKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 24. Kadınların Menopoza Girme Şekillerine Göre DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ Puanları

	Menopoz şekli	s	\bar{x}	ss	Alt	Üst	F	p	Fark
DKİ-U	Doğal	331	58.3	7.44	40	84.5	0.503	0.605	
	Cerrahi	36	58.1	8.56	39	72.5			
	İlaç	17	60.1	5.96	49	74.5			
YTİ	Doğal	331	60.3	14.66	29	93.9	3.815	0.023*	1-3
	Cerrahi	36	62.3	18.02	28	93.4			2-3
	İlaç	17	70.5	16.81	47	92.9			
MSDÖ-Somatik şikayetler	Doğal	331	10.1	3.12	1	16	1.813	0.165	
	Cerrahi	36	10.3	2.90	5	16			
	İlaç	17	8.7	3.39	0	15			
MSDÖ-Psikolojik şikayetler	Doğal	331	11.9	3.66	0	16	0.324	0.723	
	Cerrahi	36	12.3	3.37	3	16			
	İlaç	17	11.4	4.45	1	16			
MSDÖ-Ürogenital şikayetler	Doğal	331	5.4	3.18	0	12	3.301	0.038*	2-3
	Cerrahi	36	6.6	2.55	3	12			
	İlaç	17	4.6	3.10	0	10			
MSDÖ	Doğal	331	27.4	7.79	1	44	2.010	0.135	
	Cerrahi	36	29.3	7.03	11	44			
	İlaç	17	24.8	7.92	10	35			
UYKÖ-Emosyonel Yaşam Kalitesi	Doğal	331	20.2	3.07	11	36	2.210	0.111	
	Cerrahi	36	19.3	2.46	15	24			
	İlaç	17	19.1	3.21	14	25			
UYKÖ-Cinsel Yaşam Kalitesi	Doğal	331	7.3	2.44	3	14	0.921	0.399	
	Cerrahi	36	7.7	2.33	3	12			
	İlaç	17	7.8	2.20	3	11			
UYKÖ-Meslek/İş Yaşam Kalitesi	Doğal	331	20.7	4.42	11	30	0.562	0.570	
	Cerrahi	36	21.1	4.36	12	29			
	İlaç	17	21.7	3.56	16	28			
UYKÖ-Sağlık Yaşam Kalitesi	Doğal	331	20.3	2.22	14	26	5.994	0.003*	1-3
	Cerrahi	36	20.1	2.34	15	24			2-3
	İlaç	17	22.2	2.22	17	26			
UYKÖ	Doğal	331	68.6	7.23	50	88	0.997	0.370	
	Cerrahi	36	68.3	6.07	54	78			
	İlaç	17	71.0	6.04	59	83			

*p<0.05

Tablo 24'e göre kadınların menopoza girme şekillerine göre DKİ-U puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanırken (p>0.05), menopoza ilaçla giren kadınların YTİ puanları daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Kadınların menopoza girme şekillerine göre MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikayetler, psikolojik şikayetler alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Menopoza ilaçla giren kadınlar ürogenital şikayetler alt boyutundan, cerrahi yöntemlerle giren kadınlara göre daha düşük puan almıştır ($p<0.05$).

Kadınların menopoza girme şekillerine göre UYKÖ puanları karşılaştırıldığında, menopoza girme şekillerine göre kadınların ölçek toplam puanlarının ve emosyonel, cinsel, mesleki yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Menopoza ilaçla giren kadınların UYKÖ'de yer alan sağlık yaşam kalitesi alt boyutundan aldıkları puanlar doğal yoldan ve cerrahi yöntemlerle menopoza giren kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 25. Kadınların Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ Puanları

	Bilgi alma	s	\bar{x}	ss	t	p
DKİ-U	Alan	176	58.6	6.77	0.618	0.537
	Almayan	208	58.2	8.05		
YTİ	Alan	176	62.6	15.94	1.971	0.049*
	Almayan	208	59.6	14.44		
MSDÖ-Somatik şikayetler	Alan	176	9.7	3.02	-1.800	0.073
	Almayan	208	10.3	3.18		
MSDÖ-Psikolojik şikayetler	Alan	176	12.1	3.42	1.257	0.210
	Almayan	208	11.7	3.85		
MSDÖ-Ürogenital şikayetler	Alan	176	5.9	2.69	2.457	0.014*
	Almayan	208	5.1	3.44		
MSDÖ	Alan	176	27.8	6.73	0.860	0.390
	Almayan	208	27.1	8.52		
UYKÖ-Emosyonel Yaşam Kalitesi	Alan	176	20.4	3.10	1.895	0.059
	Almayan	208	19.8	2.96		
UYKÖ-Cinsel Yaşam Kalitesi	Alan	176	7.8	2.44	3.194	0.002*
	Almayan	208	7.0	2.34		
UYKÖ-Meslek/İş Yaşam Kalitesi	Alan	176	22.2	4.22	6.335	0.000*
	Almayan	208	19.5	4.13		
UYKÖ-Sağlık Yaşam Kalitesi	Alan	176	20.8	2.20	3.292	0.001*
	Almayan	208	20.1	2.25		
UYKÖ	Alan	176	71.3	6.22	7.068	0.000*
	Almayan	208	66.5	7.02		

*p<0.05

Tablo 25'e göre kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumlarına göre DKİ-U puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanırken ($p>0.05$), menopoz dönemine yönelik bilgi alan kadınların YTİ puanları almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumlarına göre MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikayetler, psikolojik şikayetler alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Menopoz dönemine yönelik bilgi alan kadınların ürogenital şikayetler alt boyutu puanlarının bilgi almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumlarına göre UYKÖ’de bulunan emosyonel yaşam kalitesi alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Menopoz dönemine ilişkin bilgi alan kadınların UYKÖ toplam puanları ve ölçekte bulunan cinsel, mesleki/iş, sağlık yaşam kalitesi alt boyutları puanlarının menopoz dönemine yönelik bilgi almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 26. Kadınların Antropometrik Ölçümleri ile DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ İlişkisi

		DKİ-U	YTİ	MSDÖ	UYKÖ
Vücut ağırlığı (kg)	r	-0.053	-0.009	0.107	-0.040
	p	0.304	0.860	0.036*	0.433
BKİ (kg/m²)	r	-0.088	-0.008	0.153	-0.042
	p	0.083	0.881	0.003*	0.406
Bel çevresi (cm)	r	-0.160	-0.022	0.180	-0.092
	p	0.002*	0.661	0.000*	0.073
Kalça çevresi (cm)	r	-0.063	0.019	0.095	-0.027
	p	0.216	0.717	0.062	0.596
Bel / kalça oranı	r	-0.170	-0.054	0.151	-0.122
	p	0.001*	0.287	0.003*	0.017*
Bel / boy oranı	r	-0.180	-0.019	0.193	-0.101
	p	<0.001*	0.712	<0.001*	0.047*

* $p<0.05$

Tablo 26’ya göre kadınların DKİ-U puanları ile bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arasında Ters yönlü zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.160$, $p=0.002$; $r=-0.170$, $p=0.001$; $r=-0.180$, $p<0.001$). Kadınların YTİ ile antropometrik ölçümleri arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların MSDÖ puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arasında aynı yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0.107$, $p=0.036$; $r=0.153$, $p=0.003$; $r=0.180$, $p=0.000$; $r=0.151$, $p=0.003$; $r=0.193$, $p=<0.001$).

Kadınların UYKÖ puanları ile bel/kalça ve bel/boy oranı arasında ters yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $r=-0.122$, $p=0.017$; $r=-0.101$, $p=0.047$).

Tablo 27. Kadınların Enerji ve Makro Besin Öğeleri alımları ile MSDÖ ve UYKÖ Puanları Arasındaki İlişki (S=384)

		MSDÖ	UYKÖ
Enerji (kcal)	r	0.088	0.134
	p	0.084	0.009*
CHO (g)	r	0.075	0.041
	p	0.140	0.420
Protein (g)	r	0.019	0.181
	p	0.710	0.000*
Yağ (g)	r	0.099	0.174
	p	0.053	0.001*
Kalsiyum (mg)	r	0.105	0.191
	p	0.039*	0.000*

Tablo 27'ye göre kadınların MSDÖ puanları ile kalsiyum alım miktarları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.105$, $p=0.039$). Kadınların UYKÖ puanları ile enerji, protein, yağ ve kalsiyum alımları arasında aynı yönlü zayıf ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0.134$, $p=0.009$; $r=0.181$, $p=0.000$; $r=0.174$, $p=0.001$; $r=0.191$, $p=0.000$).

4.7 Kadınların Diyet Kalite İndeksi, Yaşam Tarzı İndeksi, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ilişkisi

Tablo 28. Kadınların DKİ-U, YTİ, MSDÖ ve UYKÖ ilişkisi (S=384)

		DKİ-U	YTİ	MSDÖ	UYKÖ
DKİ-U	r	1.000			
	p				
YTİ	r	0.169	1.000		
	p	0.001*			
MSDÖ	r	-0.157	-0.302	1.000	
	p	0.002*	0.000*		
UYKÖ	r	0.080	0.095	-0.085	1.000
	p	0.118	0.063	0.096	

*p<0.05

Tablo 28'e göre kadınların MSDÖ puanları ile DKİ-U ve YTİ arasında ters yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.157$, $p=0.002$; $r=-0.302$, $p=0.000$). Kadınların UYKÖ puanları ile DKİ-U ve YTİ puanları arasında ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Bölüm 5

TARTIŞMA

Kadınlar genel olarak yaşamlarının son üçte birini menopozda geçirirler. Menopoz döneminde kadınlar, cinsiyet hormonu seviyelerinde ve yaşlanmada meydana gelen değişikliklerle ilgili çeşitli semptomlar ve durumlar yaşarlar (Takahashi ve Johnson, 2015). Sıcak basmaları ve gece terlemeleri, menopoz sırasında yaşanan değişikliklerden etkilenen kadınlar tarafından bildirilen en güçlü belirtileridir. Her kadının menopoz sırasındaki değişikliklere yaklaşmasının olumlu ya da olumsuz yolları bireysel, aile ve sosyokültürel geçmişlerinden etkilenmektedir (Quirino ve diğerleri, 2015). Yapılan bu araştırmada, Gaziantep Nizip ilçesinde menopoz dönemdeki kadınların beslenme durumları, diyet kalite ve yaşam kaliteleri ve aralarındaki ilişki değerlendirilmiştir.

5.1 Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu araştırmada kadınların %32.2'sinin 40-49 yaş, %37.5'unun 50-59 yaş grubunda, %37.5'unun ilköğretim mezunu, %77.8'sinin çalışmadığı ve %69.2'sinin evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çelik ve Pasinlioğlu'nun (2014) menopozlu 263 kadınla yapmış olduğu çalışmada, %59.3'ünün 45-54 yaş, %32.7'sinin 55-64 yaş grubunda, %84.8'inin ilköğretim mezunu, %89.4'ünün çalışmadığı saptanmıştır. Şahingöz'ün (2008) menopoz tanısı alan 269 kadınla yaptığı çalışmada, %90'nın evli, %86.6'sinin ilkokul mezunu, %94.8'inin çalışmadığı saptanmıştır. Lu ve arkadaşlarının (2007) Sydney'de yaşayan 45-65 yaş arasındaki 197 menopozlu

kadınla yaptığı araştırmada, % 43.1'inin 45-49 yaş, %22.8'inin 50-54 yaş grubunda, %31.5'unun ilköğretim mezunu, %76.1'inin evli olduğu saptanmıştır.

5.2 Kadınların Genel Sağlık Durumları

Bu çalışmada kadınların %55.3'ünün doktor tarafından tanısı konmuş kronik hastalığının olduğu, bunların %49.5'unun hipertansiyon, %4.3'ünün diyabet, %15'inin kalp hastalığı bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Ertan'ın (2013) postmenapozal dönemindeki 385 kadınla yaptığı çalışmada, %51.7'sinin kronik hastalığı olduğu, %61.8'inin hipertansiyon, %46.2'sinin diyabet, %21.6'sının konjestif kalp hastası olduğu saptanmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının (2005) Sivas da 65-70 yaş arasındaki yaşlılarda kronik hastalıkların görülme sıklığını belirlemek amacıyla 368 erkek 382 kadınla yaptığı çalışmada, 382 kadının %27.8'i hipertansiyon, %22.5'u diyabet, %25.4'ü koroner kalp hastalığı şüphesi olduğu saptanmıştır. Chung ve Tang'ın (2006) 305 kadınla yaptığı çalışmada, %8.9'unun kronik hastalığı bulunduğu saptanmıştır. Aşırı kilo alımı ve menopoz, kadınlarda kronik hastalıklar için iki ana risk faktörüdür. Menopozal geçiş sırasında meydana gelen hormonal değişiklikler, metabolik profillerini ve vücut bileşimlerini değiştirerek kadınlarda kronik hastalıkları arttırmaktadır (Audet ve diğerleri, 2017). Bu çalışma diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş olup, kronik hastalıkların artmasında sosyoekonomik ve çevresel farklılıklar, genetik faktörler, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları ilgili olabilir.

5.3 Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Durumları

Bu çalışmada kadınların %46.1'inin günde iki ve %53.9'unun günde üç ana öğün tükettiği, %34.9'unun günde bir, %39.3'ünün günde iki ve %20.0'mın hiç ara öğün tüketmediği belirlenmiştir. Kadınların %39.5'inin öğün atladığı, öğün atlayanların %71.9'unun öğle öğünün atladığı, %40.4'ünün iştahının olmadığı,

%36.5'inin alışkanlığı olmadığı, %14.6'nın ise zayıflamak istediği için öğün atladığı görülmüştür (Tablo 3). Sağnak (2015) menopoza giren 70 kadınla yaptığı çalışmada %87.1'inin öğün atladığı, %60.6'sının kuşluk öğününü atladığı, %58.6'sının üç ana öğün tükettiği, %38.6'sının iki ara öğün tükettiği, %10.0'nın hiç ara öğün tüketmediği ve %55.7'sinin iştahının olmadığı için öğün atladığı saptanmıştır. Fakılı (2013) menopoz tanısı almış kadınlarla yaptığı çalışmada, %56.0'nın öğün atladığı ve %44.6'sının öğle öğününü atladığı saptanmıştır. Görgel ve Çakıroğlu'nun (2007) kadınların menopoz döneminde geçirdikleri süreye göre premenopoz 7 kişi, postmenopoz 24 kişi toplam 31 kadınla yaptığı çalışmada, premenopozlu kadınların % 57.1'i üç öğün, postmenopozlu kadınların %62.5'i üç öğün tükettiği ve %33.3'ünün öğle öğününü atladığı saptanmıştır.

Menopozla birlikte östrojen düzeyinde azalmaya bağlı kemik kayıp hızı artmaktadır. Kemik kaybının nedenleri arasında diyet ile yeterli kalsiyum alınmaması ve idrarda kalsiyum atımında artış olması yer almaktadır. Kalsiyum yetersizliği sonucu kemiklerde zayıflama ve kırık riskinin artmasıyla osteoporoz gelişebilmektedir (Rakıcıoğlu, 2012). Bu çalışmada kadınların 47.6 ml süt, 123.5 g yoğurt, 15.5 g kefir, 306.4 ml ayran, 36.2 g peynir çeşitleri tükettikleri belirlenmiştir (Tablo 5). Menopoz sonrası kadınlarda günlük alınması gereken süt ve süt ürünleri miktarı 2-4 porsiyon olup önerilen miktarın karşılanması için; 240 ml süt/kefir, 350 ml ayran, 200 ml yoğurt, 60 g beyaz peynir ve 40 g kaşar peynir tüketmek gerekmektedir. Süt ve süt ürünleri protein, kalsiyum, fosfor, çinko, tiamin, riboflavin, B6, B12, niasin, A, D, E ve K vitaminleri olmak üzere birçok besin öğelerini içermesiyle önemli bir besin grubudur (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışmada süt, yoğurt, ayran, kefir ve peynir çeşitlerinin tüketimi önerilen miktarın altındadır.

Bu çalışmada kadınların 20.4 g kırmızı et, 21.5 g tavuk, 3.9 g balık, 33 g yumurta, 32.1 g kuru baklagil ve 21.5 g yağlı tohum tükettikleri belirlenmiştir (Tablo 5). Et ve ürünleri, kuru baklagil, yağlı tohumlar ve yumurta protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B1, B6, B12 ve A vitamini kaynağıdır. Büyüme ve gelişme, doku onarımı, kan yapımı ve hücre yenilenmesi için gerekli olan besin öğeleri en çok bu grupta bulunur. Balıklar omega 3 yağ asitlerinden zengin olup haftada en az iki kez tüketilmesi önerilir. Et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohum yetişkinler için günde 2.5-3 porsiyon olmalıdır. Önerilen miktarın karşılanması için; 80 g kırmızı et ve tavuk eti, 150 g balık, 130 g kuru baklagil, 2 küçük boy yumurta ve 30 g yağlı tohum tüketmek gerekmektedir (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışmada kırmızı et, tavuk eti, balık, yumurta, kuru baklagil ve yağlı tohum tüketimleri önerilen miktarın altındadır.

Sebze ve meyvelerin çeşitli tüketilmesiyle kalp hastalıkları, tip 2 diyabet, hipertansiyonun önlenmesi ve bazı göz hastalıklarından korunmada etkilidir (Rakırcıoğlu, 2012). Sebze ve meyveler folik asit, beta-karoten, kalsiyum, potasyum, magnezyum, demir, posa ve E, C, B2 vitamininden zengindir. Günde 2.5-3 porsiyon sebze, 2-3 porsiyon meyve olmak üzere en az 5 porsiyon (en az 400 g / gün) sebze ve meyve tüketilmelidir. Günlük tüketilmesi gereken miktar; 200 g koyu yeşil yapraklı sebzeler, 150 g diğer sebzeler, 90 g patates, 30 g kuru meyveler ve taze meyveler 150 gram olarak belirlenmiştir (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışmada koyu yeşil yapraklı sebzeler (24.5g), diğer sebzeler (203 g), patates (31.4 g), taze meyve (161.9 g) ve kurutulmuş meyve (8.9 g)'dır (Tablo 5). Buna göre koyu yeşil yapraklı sebzeler, patates ve kurutulmuş meyveler önerilen miktarın altındayken diğer sebzeler ve taze meyve tüketimi önerilen miktarı karşılamıştır.

Tahıl ve tahıl ürünleri karbonhidrat, vitaminler, mineraller ve diğer besin öğelerini içermesiyle vücudun temel enerji kaynağını oluştururlar. Tahılların protein kaliteleri düşüktür. Et, süt, yumurta, kuru baklagillerle birlikte tüketildiğinde protein kaliteleri artabilmektedir. Tahıllar E vitamini ve özellikle B1 vitamininden zengindir. Tahıllar yetişkinler için günde 7 porsiyon olmalıdır. Önerilen miktar; ekmek türleri 50 g, simit 50 g, bulgur ve pirinç 90 g ve makarna 75 g olarak belirlenmiştir (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışmada tam tahıllı ekmek tüketimi önerilen miktarın altındayken (16.2 g), beyaz ekmek önerilen miktarı karşılarken (99.1 g), pirinç, bulgur, makarna (24.1 g) önerilen miktarın altındadır (Tablo 5). Schoppen ve arkadaşları'nın (2005) 46-60 yaş arasındaki 38 menopozlu kadınla yaptığı çalışmada, süt 164 ml, yoğurt 78.3 ml, 10.1 g peynir, kırmızı et 68.1 g, balık 68.9 g, 18.9 g yumurta, sebze alımı 165 g, meyve 178 g, 36 g patates, 55.2 g beyaz ekmek, 28.1 g tam buğday ekmeği ve 8.7 g pirinç tükettikleri saptanmıştır.

Çalışmadaki kadınların günlük enerji alımı ortalamaları 1618.7 ± 549.30 kkal, 168.5 ± 65.51 g karbonhidrat (toplam enerjinin %42.9'u), 59.9 ± 22.72 g protein (toplam enerjinin %15.2'si) ve 75.6 ± 29.2 g yağ (toplam enerjinin %41,8'i) aldığı belirlenmiştir (Tablo 6). Sağnak (2015) menopoza girmiş kadınların 31-50 ve 51-65 yaş gruplarına göre yapmış olduğu çalışmada, enerji alımı 31-50 yaş için 2090.2 ± 836.7 kkal, 51-65 yaş için 2044.4 ± 876.8 kkal, 31-50 yaş için 231.9 ± 117.1 g karbonhidrat (toplam enerjinin %44.4'ü), 51-65 yaş için 204.7 ± 88.3 g karbonhidrat (toplam enerjinin %41.8'i), 31-50 yaş için 72.1 ± 29.5 g protein (toplam enerjinin %14.8'i), 51-65 yaş için 72.9 ± 35.7 g protein (toplam enerjinin %14.5'i) ve 31-50 yaş için 94.4 ± 42.4 g yağ (toplam enerjinin %40.7'si), 51-65 yaş için 101.9 ± 56.6 g yağ (toplam enerjinin %43.7'si) aldığı saptanmıştır. Görgel ve Çakıroğlu'nun (2007) yaptığı çalışmada, enerji alımı ortalamaları 2483.2 ± 252.5 kkal, 85.9 ± 5.8 g protein,

57.9±5.2 g yağ ve 407.8±27.2 g karbonhidrat aldıkları saptanmıştır. Kadınlara önerilen günlük enerji alımı 40-49 yaş için 1693, 50-59 yaş için 1678, 60-69 yaş için 1502 ve 70 yaş üstü için 1460 kkal'dir. Kadınlar için önerilen günlük protein yeterli alım miktarı 40-49 yaş için 77, 50-59 yaş için 78.6, 60-69 yaş için 79.2 ve 70 yaş üstü için 67.9 gramdır (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışma sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş olup düşük karbonhidrat yüksek yağ tüketimi olduğu belirlenmiştir. Buna göre bu çalışmada kadınların yüksek yağ tüketiminin çikolata, yemeklerde sıvı yağların ve kızartılmış besinlerin fazla tüketilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

En iyi kalsiyum kaynağı süt ve süt ürünleri; kemiklerin ve dişlerin yapımında, normal kan basıncının sağlanmasında, kanın pıhtılaşmasında ve kasların kasılması için gereklidir (Samur, 2008). 19-50 yaş yetişkin kadınlar için önerilen alım miktarı 950-1000 mg, 51 yaş üstü için 950 mg kalsiyum'dur (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Çalışmamızda kadınların 869.1± 379.13 mg kalsiyum aldıkları belirlenmiştir (Tablo 6). Fakılı (2013) yaptığı çalışmada, kadınların 828.4 ±789.68 mg kalsiyum aldığını bildirilmiştir. Görgel ve Çakıroğlu'nun (2007) yaptığı çalışmada kadınların 717.2± 45.45 mg kalsiyum aldıkları bildirilmiştir. Bu çalışma diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş olup tüketim miktarı önerilen miktarın altındadır.

Demir alımı hayvansal ve bitkisel kaynaklı besinlere dayalı olmasıyla et ve türevleri, yumurta, pekmez, yeşil yapraklı sebzeler, kuru meyveler ve tahıllar demir kaynakları arasındadır. Demir eksikliğinde anemi görülmektedir. Bitkisel kaynaklı demirin emilimini arttırmak için C vitaminine ihtiyaç vardır (Samur, 2008). Postmenopoz dönemindeki kadınlarda önerilen demir alım miktarı 11 mg'dır (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışmada kadınların ortalama 8.3±3.56 mg/gün demir aldıkları belirlenmiştir (Tablo 6). Fakılı (2013) yaptığı çalışmada, 12.0

± 11.35 mg demir aldıkları bildirilmiştir. Sağnak (2015) menopoza girmiş kadınların 31-50 ve 51-65 yaş gruplarına göre yapmış olduğu çalışmada, sırasıyla tükettikleri demir 11.2 ± 5.9 , 11.4 ± 5.5 mg'dır. Bu çalışma diğer çalışmalardan farklılık göstermiş olup demir alımı önerilen miktarın altındadır. Kadınların demir alımlarındaki yetersizlik kırmızı et, tavuk, yumurta, kuru baklagil ve kuru meyvelerin yeterli miktarda tüketilmemesinden kaynaklı olabilir.

C vitamini yetersizliğinde yorgunluk, eklem ağrıları, diş eti kanamaları ve aşırı yetersizliğinde skorbit hastalığına neden olmaktadır (Samur, 2008). 19 yaş üstü kadınlarda önerilen alım miktarı 95 mg'dır (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışmada kadınların 90.3 ± 42.82 mg C vitamini aldıkları belirlenmiştir (Tablo 6). Görgel ve Çakıroğlu'nun (2007) kadınların menopoz döneminde geçirdikleri süreye göre premenopoz 7 kişi, postmenopoz 24 kişi toplam 31 kadınla yaptığı çalışmada, sırasıyla günlük diyet ile aldıkları C vitamini 151.5 ± 33.27 , 153.1 ± 23.06 mg'dır. Fakılı (2013) menopoz tanısı almış 100 kadınla yaptığı çalışmada, 132.3 ± 128.89 mg C vitamini aldıkları bildirilmiştir. Bu çalışma diğer çalışmalardan farklılık göstermiş olup önerilen miktarın altındadır. Bu durum toplam sebze ve meyve tüketimleri önerileri karşılarken C vitamini kaynağı sebze ve meyvelerin yetersiz alımıyla ilgili olabilir.

Kuru baklagil, tahıl, sebze ve meyveler en yüksek posa içeriğine sahip besinlerdir. Suda çözünür posa (yağlı tohumlar, pirinç, yulaf, arpa, sebze, meyve) kan glikozunu düzenlemekte ve kolesterolü düşürmektedir. Suda çözünmez posa (buğday ve mısır kepeği, tam tahıl taneleri) ise kabızlığı önlemektedir (Rakırcıoğlu, 2012). 18 yaş üstü kadınlarda günlük tüketilmesi gereken posa miktarı 25 gram olarak önerilmektedir (Türkiye Beslenme Rehberi, 2016). Bu çalışmada ortalama 17.6 ± 7.20 g/gün posa aldıkları belirlenmiştir (Tablo 6). Sağnak (2015) menopoza

girmiş kadınların 31-50 ve 51-65 yaş gruplarına göre yapmış olduğu çalışmada, sırasıyla tükettikleri günlük posa 24.1 ± 12.3 g, 23.9 ± 12.2 g'dır. Bu çalışma diğer çalışmayla paralellik göstermiş olup, posa tüketiminin yetersizliği tam tahıllı ürünlerin yetersiz tüketiminden kaynaklanıyor olabilir.

5.4 Kadınların Antropometrik Ölçümleri

Çalışmada kadınların menopozdan önceki vücut ağırlığı 71.5 ± 14.07 kg, şu an ki vücut ağırlığı 77.2 ± 12.38 kg, BKİ 30.8 ± 5.62 kg/m², bel çevresi 104.6 ± 11.56 cm, bel/kalça oranı 0.9 ± 0.07 ve bel/boy oranı 0.6 ± 0.08 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Sağnak (2015) menopoza giren 70 kadınla yaptığı çalışmada, menopozdan önceki vücut ağırlığı 68.3 ± 14.7 kg, şu an ki vücut ağırlığı 77.4 ± 15.2 kg, BKİ 30.8 ± 5.2 kg/m², bel çevresi 105.7 ± 11.4 cm ve bel/kalça oranı 0.88 ± 0.06 olduğu saptanmıştır. Fakılı (2013) menopoz tanısı almış kadınlarla yaptığı çalışmada, menopozdan önceki vücut ağırlığı 62.5 ± 9.00 kg, şu an ki vücut ağırlığı 71.9 ± 11.02 kg, BKİ 28.6 ± 4.16 kg/m², bel çevresi 87.3 ± 7.61 cm ve bel/kalça oranı 0.8 ± 0.49 olduğu saptanmıştır. Görgel ve Çakıroğlu'nun (2007) 24 postmenopozlu kadınla yaptığı çalışmada, vücut ağırlığı 72.9 ± 1.99 kg, BKİ 30.8 ± 5.97 kg/m², bel çevresi 94.3 ± 1.75 cm ve bel kalça oranı 0.81 ± 2.62 olduğu saptanmıştır. Bu çalışma diğer çalışmalarla paralellik göstermiş olup vücut ağırlığı menopoz sonrası dönemde artmaktadır. Menopoz sonrası dönemde östrojenlerin koruyucu rolünün kaybolması, artan dolaşımdaki androjenlerin vücut yağ dağılımı abdominal obezite gelişimine sebep olmaktadır (Stefanska ve diğerleri, 2015). Kadınların menopozal durumdan bağımsız olarak yaş arttıkça vücut ağırlığı artış eğilimi vardır. Vücut ağırlığı artışı, öncelikle yaşlanma ve yaşam tarzı değişikliklerinin bir sonucu olduğudur (Kapoor ve diğerleri, 2017). Her ne kadar menopozdan sonra östrojenin azalması, toplam vücut yağında bir artışa yol

açsa da vücut ağırlığı artışı menopozdaki hormonal değişikliklerden etkilenmediği görülmektedir (Davis ve diğerleri, 2012).

Çalışmada kadınların %54.9'unun obez ve %29.2'sinin hafif şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda Güneydoğu Anadolu bölgesindeki kadınların %28.6'sı hafif şişman ve %23.7'si obez bulunmuştur (Ünal ve diğerleri, 2013). TURDEP-1 çalışmasında obezite sıklıkları kadınlarda % 29.2, 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında ise %41.7'dir (Satman ve diğerleri, 2002). Abay (2014) 250 menopozlu kadınla yapmış olduğu çalışmada, %34.4'ünün hafif şişman ve %57.2'sinin obez olduğu saptanmıştır. Fakılı (2013) 100 menopozlu kadınla yaptığı çalışmada, %47'sinin hafif şişman ve %27'sinin obez olduğunu saptanmıştır. Sağnak (2015) menopoza giren kadınlarla yaptığı çalışmada, %35.7'sinin hafif şişman ve %30.0'ının obez olduğunu saptamıştır. Lu ve arkadaşlarının (2007) Sydney'de yaşayan 45-65 yaş arasındaki 197 menopozlu arap kadınla yaptığı araştırmada, %47.2'sinin hafif şişman ve %28.4'ünün obez olduğunu saptanmıştır. Williams ve arkadaşlarının (2009) Amerika'da 40-65 yaş arası 2703 postmenopozal kadınla yaptığı çalışmada, %30.0'ının hafif şişman ve %36.0'ının obez olduğu saptanmıştır. Kadınlarda östrojenler subkutan dokuda, özellikle gluteal ve femoral bölgelerde yağ birikmesinden sorumludur. Diğer cinsiyet hormonları androjenler karın yağının birikmesini sağlar. Bu nedenle, menopoz sırasında gözlenen jinoidden abdominal bölgeye metabolik olarak elverişsiz yağların yeniden dağıtılmasıyla şişmanlığın gelişimine, östrojen eksikliği koşullarında göreceli hiperandrojenemi neden olmaktadır. Obezitenin gelişmesine katkıda bulunan bir diğer önemli faktör, androjenlerin biyoyararlanımını artıran, cinsiyet hormonu bağlayıcı globülinin (SHBG) hepatik üretimindeki bir azalmadır. Menopoz sonrası kadınların

premenopozal kadınlara göre abdominal obezite gelişme riskinin 4.88 kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Kozakowski ve diğeri, 2017). Obezite, özellikle artmış viseral yağın varlığında, tip 2 diabet, dislipidemi ve hipertansiyon dahil olmak üzere birçok olumsuz metabolik sağlık sonucu riskini arttırmaktadır (Kapoor ve diğeri, 2017).

5.5 Kadınların Menopoz ile İlgili Özellikleri

Çalışmamızda kadınların %86.2'sinin doğal yollarla menopoza girdiği, %9.3'ünün cerrahi ve %4.5'inin ilaçla menopoza girdiği belirlenmiştir (Tablo 12). Abay (2014) 250 menopozlu kadınla yapmış olduğu çalışmada, menopoza girme şekli %84.0'nın doğal ve %16.0'nın cerrahi olduğu saptanmıştır. Şahingöz'ün (2008) menopoz tanısı alan 269 kadınla yaptığı çalışmada, %78.8'inin doğal ve %21.2'sinin cerrahi yolla menopoza girdiği saptanmıştır. Sağnak (2015) menopoza giren kadınlarla yaptığı çalışmada, %77.1'inin doğal, %10.0'nın cerrahi ve %12.9'unun ilaçla menopoza girdiği saptanmıştır. Vural ve arkadaşlarının (2016) Alanyada yaşayan toplam 320 Türk ve Alman menopozlu kadınla yapmış olduğu çalışmada, Türk kadınlarının %99.1'i doğal, %8.1'i cerrahi, alman kadınlarının %80'i doğal ve %20'si cerrahi yolla menopoza girdiği saptanmıştır.

Bu çalışmada kadınların %20.5'inin hormon tedavisi aldığı, %79.4'ünün almadığı, %45.8'inin menopoz konusunda bilgi aldığı, %54.1'inin ise almadığı belirlenmiştir (Tablo 12). Abay (2014) 250 menopozlu kadınla yapmış olduğu çalışmada, hormon tedavisinin %9.6'sının aldığı, %90.4'ünün almadığı, %12.8'inin menopoz konusunda bilgi aldığı ve %87.2'sinin bilgi almadığı saptanmıştır. Ertan'ın (2013) postmenopozal döneminde ki doğal menopozlu 385 kadınla yaptığı çalışmada, hormon tedavisinin %1.3'ünün aldığı, %83.6'sının almadığı, %29.9'unun menopoz konusunda bilgi aldığı ve %70.1'inin bilgi almadığı saptanmıştır. Vural ve

arkadaşlarının (2016) Alanyada yaşayan toplam 320 Türk ve Alman menopozlu kadınla yapmış olduğu çalışmada, Türk kadınlarının %23.1'inin hormon tedavisi aldığı, %76.9'unun almadığını, Alman kadınların %31.3'ünün aldığı ve %68.7'sinin almadığı, Türk kadınlarının %76.6'sının menopoz dönemiyle ilgili bilgi aldığı, %23.4'ünün almadığı, Alman kadınlarının %70.6'sının aldığı ve %29.4'ünün bilgi almadığı saptanmıştır. Postmenopozal kadınlarda kardiyovasküler hastalıkları önlemek, sıcak basması, gece terlemeleri ve uyku bozuklukları gibi menopoz semptomlarını tedavi etmek için östrojen içeren hormon tedavisi kullanılmaktadır (McCarrey ve Resnick, 2015).

Bu çalışmada kadınların yaş ortalamasının 55.4 ± 9.64 , ilk adet yaşının 13.2 ± 1.37 , ilk gebelik yaşının 21.1 ± 4.23 , canlı doğum sayısının 3.9 ± 1.89 ve menopoz yaşının 45.9 ± 5.72 olduğu belirlenmiştir (Tablo 13). Şahingöz'ün (2008) menopoz tanısı alan 269 kadınla yaptığı çalışmada, kadınların ortalama yaşı 50.6 ± 5.88 ve menopoza girme yaşı 46.4 ± 5.02 olduğu bildirilmiştir. Sağnak (2015) menopoza giren 70 kadınla yaptığı çalışmada, yaş ortalamasını 54.0 ± 5.8 , ilk adet yaşının 13.7 ± 1.7 , ilk gebelik yaşının 21.1 ± 4.3 , canlı doğum sayısının 3.0 ± 1.2 ve menopoz yaşının 46.3 ± 5.6 olarak bildirmiştir. TNSA (2013) verilerine göre 45-49 yaş arasındaki kadınların canlı doğum sayısı 3.03 ve ilk gebelik yaş ortalaması 22.9'dur. Whalley ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada, ilk adet yaşı 13.3 ± 1.6 ve ilk gebelik yaşı 24.6 ± 4.3 olarak bildirmiştir. Menopoz dünya genelinde 40 - 60 yıl arasında değişkenlik gösterip ortalama 51 yaş civarında ortaya çıkmaktadır (Jaspers ve diğerleri, 2015). Türk kadınlarında menopoz yaş ortalaması 47 olarak bulunmuştur (Vehid ve diğerleri, 2006). Lu ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada arap kadınların menopoz yaş ortalamasını 47.9, Liu ve Eden'in (2007) çinli kadınlarda 50.3, Chen ve arkadaşları (2007) çinli kadınlarda 49.5, Liu ve

Eden'in (2008) Yunanlı kadınlarda 48.6 olarak bulmuştur. Erken menopoz genetik ve gelişimsel faktörlerden hormonal, çevresel ve yaşam tarzı risklerinin etkilemektedir (Mishra ve diğerleri, 2017). Bu çalışma yapılan çalışmalarla paralellik göstermiştir.

5.6 Kadınların Diyet Kalite İndeksi

Kadınların %58'inin DKİ-U'su düşük, %42'sinin ise yüksek olduğu saptanmıştır (Şekil-2). Kadınların DKİ-U skorlarının ortalama 58.4 ± 7.48 olduğu belirlenmiştir (Tablo 15). Kore'de yapılan çalışmada DKİ-U skoru kadınlarda 64.5 ± 10.21 , Balerik Adalarında 42.8 ± 10.09 , ABD ve Çin'de ise sırasıyla 59.1 ± 0.14 , 60.5 ± 0.11 'dir (Lee ve diğerleri, 2016, Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003).

Kadınların çeşitlilik alt boyutundan %98.9'unun tüm besin gruplarından 1 porsiyondan fazla ya da eşit tükettiği saptanmıştır (Tablo 16). Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda tüm besin gruplarından 1 porsiyondan fazla alanlar sırasıyla %17.2, %2.4, %23.3'dür (Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003).

Protein kaynağı çeşitliliğinde; %99.2'sinin 3 farklı protein kaynağı tükettiği saptanmıştır (Tablo 15). Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda 3 farklı protein kaynağı tüketenler sırasıyla %16.3, %68.4, %28.1'dir (Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003).

Yeterlilik alt boyutundan %51.0'nın 1.5 ila 3 porsiyon arasında sebze tükettiği saptanmıştır (Tablo 16). Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda 1.5 ila 3 porsiyon arasında sebze tüketenler sırasıyla %11.8, %37.7, %14.7'dir (Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003). Meyve yeterliliğinde %40.6'sının 1 ila 2 porsiyon arası meyve tükettiği saptanmıştır (Tablo 15). Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda 1 ila 2 porsiyon arasında meyve

tüketenler sırasıyla %71.7, %23.4, %2.4'dür (Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003).

Kadınların denge alt boyutundan %95.5'inin enerjinin %30'undan fazlasının toplam yağ aldığı belirlenmiştir (Tablo 16). Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda enerjinin %30'undan fazlasının toplam yağ alanlar sırasıyla %85.5, %67.1, %34.9'dur (Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003).

Kadınların DKİ-U'da bulunan çeşitlilik alt boyutundan 19.9 ± 0.39 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 15). Kore, Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda çeşitlilik puanı sırasıyla 15.7 ± 2.98 , 9.7 ± 5.91 , 15.6 ± 0.04 , 11.8 ± 0.06 'dır (Lee ve diğerleri, 2016, Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003). Kadınların tüm besin grupları çeşitliliğinden 14.9 ± 0.30 puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 15). Kore, Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda tüm besin grupları çeşitlilik puanı sırasıyla 11.3 ± 2.38 , 7.5 ± 4.64 , 11.4 ± 0.04 , 9.2 ± 0.04 'dür (Lee ve diğerleri, 2016, Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003). Kadınların protein kaynağı çeşitliliği puanı 4.9 ± 0.18 'dir (Tablo 15). Kore, Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda protein kaynağı çeşitlilik puanı sırasıyla 4.3 ± 1.08 , 2.1 ± 1.62 , 4.2 ± 0.02 , 2.5 ± 0.03 olarak bildirilmiştir (Lee ve diğerleri, 2016, Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003).

Kadınların yeterlilik alt boyutundan 22.6 ± 7.98 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 15). Kore, Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda yeterlilik puanı sırasıyla 27.1 ± 6.50 , 22.6 ± 4.66 , 28.1 ± 0.08 , 28.0 ± 0.05 'dir (Lee ve diğerleri, 2016, Tur ve diğerleri, 2005, Kim ve diğerleri, 2003).

Kadınların denge alt boyutundan 12.8 ± 4.27 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 15). Kore, Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda denge puanı

sırasıyla 19.1 ± 5.59 , 10.3 ± 4.65 , 14.3 ± 0.08 , 18.6 ± 0.10 'dur (Lee ve diğeri, 2016, Tur ve diğeri, 2005, Kim ve diğeri, 2003).

Kadınların genel denge alt boyutundan 3.0 ± 1.57 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 15). Kore, Balerik Adaları, ABD ve Çin'de yapılan çalışmalarda genel denge puanı sırasıyla 2.4 ± 2.38 , 0.1 ± 0.74 , 1.1 ± 0.02 , 2.1 ± 0.04 'dür (Lee ve diğeri, 2016, Tur ve diğeri, 2005, Kim ve diğeri, 2003). Bu çalışma sonucunda kadınların tüm besin grupları çeşitliliğinden tükettiği fakat yeterlilik alım düzeylerinin karşılanmadığı sonucuna varılmıştır.

DKİ-U'su yüksek olan kadınların bel çevresi ve bel/boy oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 19). Kadınların DKİ-U puanları ile bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arasında Ters yönlü zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r = -0.160$, $p = 0.002$; $r = -0.170$, $p = 0.001$; $r = -0.180$, $p < 0.001$) (Tablo 26). Kadınlarda 88 cm'den daha büyük bel çevresi ve bel/boy oranının 0.5'den fazla olması abdominal obezite ve kronik hastalıkların görülmesinde riskin göstergesidir (Pekcan, 2012). Sağlıklı bir diyet düzenine uymanın vücuttaki yağ dağılımını etkileyebileceğini, diyetteki modifikasyonun abdominal obezite prevalansını ve buna bağlı kronik hastalıkları hafifletme olasılığını artıracığını düşündürmektedir. Yapılan bir çalışma sonucunda yüksek diyet kalitesini elde etmenin ve korumanın, menopoz sonrası kadınlarda karın yağ kazancını azaltmaya katkıda bulunduğunu göstermektedir (Cespedes-Feliciano ve diğeri, 2016). Sağlıklı beslenme düzenlemeleri, genel ve merkezi yağlanmada azalmalarla ve kronik hastalık riskinde azalma ile ilişkilidir. Kadınların sebze ve meyve alımının düşük olması ve aşırı sodyum tüketimi nedeniyle düşük kaliteli bir diyet tüketmektedir. Bu uygunsuz beslenme alışkanlıkları, abdominal obezite gibi

kardiyometabolik risk faktörleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir ve bunlarla ilişkilidir (Fonseca ve diğerleri, 2014).

5.7 Kadınların Yaşam Tarzı İndeksi

Kadınların %39'unun YTI'si düşük, %61'inin ise yüksek olduğu saptanmıştır (Şekil-3). Kadınların YTI puan ortalaması 61.0 ± 15.21 olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). ABD'de yapılan çalışmada YTI puan ortalaması 66.1 ± 0.25 , Çinde yapılan çalışmada ise 68.2 ± 0.19 'dur (Kim ve diğerleri, 2004). Çalışmamız YTI puan ortalaması Çin ve ABD'ye göre düşüktür.

Kadınların %23,0'unun düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı, %77'sinin yapmadığı belirlenmiştir (Şekil-1). Ertan'ın (2013) postmenapozal döneminde ki doğal menopozlu 385 kadınla yaptığı çalışmada, %24.7'si fiziksel aktivite yaptığı, %75.3'ünün yapmadığı bildirilmiştir. Daley ve arkadaşlarının (2007) 46-55 yaşları arasındaki 2399 kadınla yaptığı çalışmada, %59.2'si düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığı ve %40.8'i düzenli olarak yaptığı bildirilmiştir.

Kadınların %76.8'inin fiziksel aktivite olarak sedanter, %1.8'inin orta aktif ve %11.7'sinin çok aktif olduğu belirlenmiştir (Tablo 16). Tan ve arkadaşlarının (2014) 45-60 yaş arası 305 kadınla yaptığı çalışmada, %56.7'sinin sedanter, %37.7'sinin orta aktif ve %5.6'sının çok aktif olduğunu bildirmiştir. Mirzaiinjmaadi ve arkadaşlarının (2006) 45-60 yaş arası Avustralya'daki Queensland'da yaşayan 1500 kadınla yaptığı çalışmada, %16.4'ünün sedanter, %22.3'ünün çok aktif olduğu bildirilmiştir. Çinde yapılan çalışmada fiziksel aktivite oranı sedanter olup %12.4 ve çok aktif olanlar %0.8'dir. ABD'de yapılan çalışmada ise %39.3'ü sedanter, %26.7'si çok aktiftir (Kim ve diğerleri, 2004). Düzenli fiziksel aktivitenin menopoza bağlı semptomları önlemesi ve azaltmasında etkili bir yöntemdir. Fiziksel aktivite, kardiyovasküler hastalık riski, metabolik

sendrom, obezite, kanser, osteoporoz ve depresyon riskini içeren birçok sağlık yararı ile de ilişkilidir (Kim ve diğerleri, 2004). Menopoz geçişinde ve menopoz sonrası dönemde kişinin fiziksel aktivite seviyesini arttırmasıyla psikolojik semptomların azaldığı bilinmektedir (Mansikkamaki ve diğerleri, 2015).

Kadınların YTI'de bulunan DKİ-U ortalamasından 11.7 ± 1.49 puan, sigara içme alt boyutundan 23.3 ± 10.22 puan ve fiziksel aktivite alt boyutundan 6.0 ± 11.25 puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 14). ABD ve Çin'de yapılan çalışmada YTI puanları sırasıyla; DKİ-U 59.1 ± 0.14 , 60.5 ± 0.11 , sigara içme alt boyutundan 7.1 ± 0.05 , 7.2 ± 0.04 , fiziksel aktivite alt boyutundan 5.0 ± 0.05 , 5.5 ± 0.04 'dür (Kim ve diğerleri, 2004). Bulgular doğrultusunda ABD'ye göre Çin'de DKİ-U, fiziksel aktivite ve sigara içme puanları daha yüksektir. Sigara içme puan ortalamamız ABD ve Çin'e göre yüksektir.

Menopoz dönemine yönelik bilgi alan kadınların YTI puanları almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 25). Kadınların menopoz ve riskleri hakkında bilgilendirilmesi, olumsuz etkilerinden nasıl korunacağını öğrenerek yaşam kalitelerini arttırabilirler (Biri ve diğerleri, 2004).

5.8 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

Kadınların MSDÖ toplam puanının 27.5 ± 7.75 olduğu ölçekte bulunan somatik şikayetler alt boyutundan 10.0 ± 3.12 puan, psikolojik şikayetler alt boyutundan 11.9 ± 3.66 puan ve ürogenital şikayetler alt boyutundan 5.4 ± 3.14 puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 14). Tunç (2014) 254 menopozlu kadınla yaptığı çalışmada, MSDÖ toplam ölçek puanını 18.9 ± 7.69 , somatik şikayetler alt boyutundan 7.4 ± 3.14 , psikolojik şikayetler alt boyutundan 6.5 ± 3.12 , ürogenital şikayetler alt boyutundan 4.9 ± 3.92 puan aldıklarını bildirmiştir. Çelik ve Pasinlioğlu'nun (2014) 263 menopozlu kadınla yaptığı çalışmada, MSDÖ toplam

ölçek puanını 22.6 ± 8.06 , somatik şikayetler alt boyutundan 4.1 ± 2.08 , psikolojik şikayetler alt boyutundan 13.1 ± 4.59 , ürogenital şikayetler alt boyutundan 5.3 ± 3.09 puan aldıklarını bildirmiştir. Tümer ve Kartal'ın (2018) 152 menopozlu kadınla yaptığı çalışmada, MSDÖ toplam ölçek puanını 14.6 ± 7.62 , somatik şikayetler alt boyutundan 2.8 ± 1.99 , psikolojik şikayetler alt boyutundan 8.9 ± 4.94 , ürogenital şikayetler alt boyutundan 5.35 ± 3.09 puan aldıklarını bildirmiştir. Menopozal semptomların kültürden kültüre değişme eğiliminde olduğu bilinmektedir. Kuzey Amerika ve Avrupa'daki kadınların, Asya ülkelerindeki kadınlara kıyasla şiddetli iklimsel semptomlar yaşama olasılıkları daha fazla bulunmuştur (Tan ve diğerleri, 2014). Ölçekten alınan toplam puanın artmasıyla kadınların menopoz semptomlarının artması ve doğal olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışma diğer çalışmalara göre MSDÖ ölçeğinden aldıkları puanlar yüksek bulunmuştur.

Kadınların DKİ-U sınıflamasına göre MSDÖ'de bulunan psikolojik şikâyetler alt boyutundan aldıkları puanları DKİ-U'su düşük olan kadınların, DKİ-U'su yüksek olan kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 17). Diyet kalitesinin sağlıklı beslenmeyle depresyon olasılığı veya riski ile ters ilişkili olduğu ergenlik ve erişkinlikte işlenmiş ürünlerin, yüksek yağlı ve şekerli yiyeceklerin fazla tüketilmesi yaygın zihinsel bozukluklar, depresyon ve anksiyete ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (Marx, 2017). Sağlıklı bir diyet tüketimi daha yüksek olan bireylerin daha düşük bir depresyon oranına sahip oldukları gösterilmiştir (Lai ve diğerleri, 2014).

Kadınların YTI sınıflamasına göre MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikâyetler ve psikolojik şikâyetler alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). YTI'si düşük olan

kadınların MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikâyetler ve psikolojik şikâyetler alt boyutlarından aldıkları puanların, YTI'si düşük olan kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 18). Kadınların MSDÖ puanları ile DKİ-U ve YTI arasında ters yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.157$, $p=0.002$; $r=-0.302$, $p=0.000$) (Tablo 28). Yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi fiziksel aktivitedir. Yetersiz fiziksel aktivite kas atrofisi, sarkopeni, osteoporoz, tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve bazı kanser türlerinin riskini artırabilir. Aynı zamanda bilişsel bozukluklar, artan kaygı, rahatsızlık ve düşük özgüven, yüksek stres düzeyleri ve uyku bozuklukları gibi olumsuz sonuçlarına işaret etmektedir. Polonya Wrocław'taki 55-64 yaşları arasında 565 kadın ve 448 erkek olmak üzere 1.013 kişiden oluşan yaşlı çalışanlarda yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkileri değerlendirme sonucunda, fiziksel aktivite yoğunluğu en yüksek olan katılımcıların genel yaşam kalitesi, algılanan sağlık durumu ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel alanlardaki yaşam kalitesi ortalamalarının en yüksek olduğu gösterilmiştir (Puciato ve diğerleri, 2017). Fiziksel olarak aktif kadınlar, aktif olmayan kadınlara kıyasla daha iyi yaşam kalitesine sahiptirler (Mansikkamaki ve diğerleri, 2015). Sedanter kadınların fiziksel olarak aktif olanlardan daha şiddetli menopoz semptomları gösterme olasılığı daha yüksektir (Blümel ve diğerleri, 2016). Postmenopozal kadınlarda, lif alımını ve düşük yağ alımını artırmak için tasarlanmış bir diyet müdahalesinin vazomotor semptom riskini azalttığı bilinmektedir (Sayon-Orea ve diğerleri, 2015) Klinik bir çalışma, yağ alımını azaltan ve tam tahıl, meyve ve sebze alımını artıran bir diyet uygulayan postmenopozal kadınların, bir yıl sonra vazomotor semptomlarında azalma gösterme ihtimalinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Soleymani ve diğerleri, 2019)

Menopoza erken giren kadınların MSDÖ toplam puanları geç girenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 23). Sharma ve Mahajan'ın (2015) kentsel ve kırsal bölgelerdeki (490 kentli 380 kırsal kadın) menopoz dönemindeki kadınlarla yaptığı çalışmada, Kentsel (14.67 ± 6.64) ve kırsal (16.08 ± 7.65) grubun MSDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır. Kırsal kadınlarda somatik, psikolojik ve ürogenital semptomların kentsel kadınlardan daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Erken menopoz dönemindeki kadınların, yaşam kaliteleri geç menopoz dönemindeki kadınlardan daha fazla fizyolojik sorunla karşı karşıya olduklarını göstermektedir (Ahmed ve diğerleri, 2016).

Kadınların MSDÖ puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arasında aynı yönlü zayıf ilişki saptamıştır (sırasıyla $r=0.107, p=0.036$; $r=0.153, p=0.003$; $r=0.180, p=0.000$; $r=0.151, p=0.003$; $r=0.193, p<0.001$) (Tablo 26). Menopoz dönemindeki 253 kadınlarla yapılan çalışmada, fazla kilolu ve obez olan kadınların şiddetli menopoz semptomları gösterdiği sonucuna varılmıştır (Gonçalves ve diğerleri, 2016). Obez ve obez olmayan 40-59 yaşları arasında toplam 6079 kadınla yapılan çalışmada, şiddetli menopoz semptomlarının obez kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Blümel ve diğerleri, 2015). 40-55 yaşları arasında 490 menopozlu kadınla yapılan çalışmada, obezite ve şiddetli menopoz semptomları arasında güçlü bir ilişki buldular (AlQuaiz ve diğerleri, 2013).

Kadınların MSDÖ puanları ile kalsiyum alım miktarları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.105, p=0.039$) (Tablo 27). Menopoz, kadınlarda osteoporoz için önemli bir risk faktörüdür. Menopozun genel etkisi, ilk birkaç yıl boyunca yıllık ortalama % 2-3 ve daha sonra % 0.5-1 ortalama kemik kaybıdır. Yetişkinlerde kemik kaybını azaltan sağlıklı yaşam tarzı seçimlerini benimseyerek osteoporoz riskinin azaltılabileceğini tahmin edilmektedir. Kemik sağlığını

iyileştiren faktörler arasında beslenme, düzenli egzersiz yapmak, sigara içmemek ve azaltılmış alkol alımı sayılabilir. Menopoz sonrası kadınlarda Osteoporozun Teşhisi ve Tedavisi için Avrupa Rehberliği, 50 yaşın üzerindeki tüm kadınlar için D vitamini 800 IU ve kalsiyum günde 1000 mg/ gün önerilmektedir (Rizzoli ve diğerleri, 2014). Japonya Takayama Şehri'nde 45-55 yaşları arasında toplam 4186 kadınla yapılan çalışmada, menopoza giren kadınların kalsiyum alımı premenopozal kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Nagata ve diğerleri, 1998). Kalsiyumun kemik sağlığı üzerindeki faydalı etkisi bilinmekte ve menopoz sonrası kadınlarda artmış kalsiyum alımının osteoporoz için önleyici davranışlarını yansıtması olabilir.

5.9 Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kadınların UYKÖ'de yer alan emosyonel yaşam kalitesi alt boyutundan 20.0±3.03 puan, cinsel yaşam kalitesi alt boyutundan 7.3±2.42 puan, meslek/iş yaşam kalitesi alt boyutundan 20.8±4.38 puan ve sağlık yaşam kalitesi alt boyutundan 20.4±2.26 puan aldıkları, UYKÖ genelinden ise 68.7±7.08 puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 14). Abay (2014) 250 menopozlu kadınla yapmış olduğu çalışmada, UYKÖ ölçeğinden toplam 75.4±15.64 puan, emosyonel yaşam kalitesi alt boyutundan 18.9±5.43 puan, cinsel yaşam kalitesi alt boyutundan 9.3±3.16 puan, meslek/iş yaşam kalitesi alt boyutundan 26.75±4.13 puan ve sağlık yaşam kalitesi alt boyutundan 20.4±6.59 puan aldıkları bildirilmiştir.

Kadınların UYKÖ puanları ile bel/kalça ve bel/boy oranı arasında ters yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $r=-0.122$, $p=0.017$; $r=-0.101$, $p=0.047$) (Tablo 26). Amerikan Diyetisyenler Birliği, kronik hastalık ölümlerinin %50'sinin beslenmenin değiştirilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi değiştirilebilecek yaşam tarzı faktörlerine bağlamaktadır. Obez kişiler, şişmanlıklarının bir sonucu olarak sağlıklı ilgili yaşam kalitesinde önemli bozukluklar yaşamaktadırlar (Kolotkin ve diğerleri,

2001). BKİ sınıflamasına göre 30 erkek ve 30 kadından oluşan çalışmada, BKİ'leri düşük olanların BKİ'leri yüksek olan gruplardan daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak yüksek bir BKİ'nin genel yaşam kalitesinin azalması ve erkek ve kadınlarda çeşitli alanlarda fiziksel, psikolojik, çevresel ve sosyal azalmalar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Bertrand ve diğerleri, 2015).

Kadınların UYKÖ puanları ile enerji, protein, yağ ve kalsiyum alımları arasında aynı yönlü zayıf ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0.134$, $p=0.009$; $r=0.181$, $p=0.000$; $r=0.174$, $p=0.001$; $r=0.191$, $p=0.000$) (Tablo 27). Sağlıklı beslenme de yüksek meyve ve sebze, az yağlı süt ürünleri, yağsız et ve bakliyat tüketimi obezitenin önlenmesinde ve diyetle ilgili kronik hastalıkların temel taşı olmuştur. Süt ve ürünlerinin tüketimi sağlıklı beslenme düzenleri, davranışları ve yaşam tarzı faktörleriyle bağlantılı olduğunu obezite ve tip 2 diyabet de dahil olmak üzere metabolik hastalıklar için azaltılmış bir risk ile ilişkili olduğunu gösterilmektedir. Süt ürünleri grubunda olan yoğurt, yüksek sindirilebilirliği, besinlerin biyolojik olarak kullanılabilirliği ve gut mikrobiyotasını etkileyebilecek laktik asit bakterileri içeren önemli bir besindir. Bu nedenle günde en az bir porsiyon yoğurt tüketmek diyet gereksinimlerini karşılamak için kalsiyum, magnezyum ve potasyum gibi birçok yetersiz besleyici maddenin alımını artırmaya yardımcı olabilir (Panahi ve diğerleri, 2017). Brezilyalı 532 yetişkinle yoğurt alımının miktarları ile ilişkili faktörleri araştıran çalışmada, yoğurt tüketenlerin fiziksel olarak daha aktif olduğu ve sigara tüketiminin % 30 daha az olduğu bildirilmiştir (Possa ve diğerleri, 2015). Böylece, yoğurt tüketenlerin yaşam tarzı alışkanlıkları, yalnızca besin içeriği nedeniyle değil aynı zamanda diğer yaşam tarzı faktörlerinin özellikleri nedeniyle daha iyi metabolik sağlığa yatkınlık gösterebilir.

Bölüm 6

SONUÇLAR

1. Kadınların menopozdan önceki vücut ağırlığı 71.5 ± 14.07 kg, şu an ki vücut ağırlığı 77.2 ± 12.38 kg, BKİ 30.8 ± 5.62 kg/m², bel çevresi 104.6 ± 11.56 cm, bel/kalça oranı 0.9 ± 0.07 ve bel/boy oranı 0.6 ± 0.08 'dir.
2. Kadınların %59.9'unun obez, %29.1'inin hafif şişman, %92.9'unun bel çevresinin yüksek risk, %85.6'sının bel kalça oranının riskli ve %97.6'sının bel/boy oranının riskli olduğu saptanmıştır.
3. Kadınların YTI'sinde bulunan sigara içme alt boyutundan 23.3 ± 10.22 puan, fiziksel aktivite alt boyutundan 6.0 ± 11.25 puan aldıkları, YTI skorlarının 61.0 ± 15.21 olduğu belirlenmiştir.
4. Kadınların MSDÖ'de bulunan somatik şikayetler alt boyutundan 10.0 ± 3.12 puan, psikolojik şikayetler alt boyutundan 11.9 ± 3.66 puan ve ürogenital şikayetler alt boyutundan 5.4 ± 3.14 puan aldıkları belirlenmiştir. Kadınların MSDÖ toplam puanının 27.5 ± 7.75 olduğu saptanmıştır.
5. Kadınların UYKÖ'de yer alam emosyonel yaşam kalitesi alt boyutundan 20.0 ± 3.03 puan, cinsel yaşam kalitesi alt boyutundan 7.3 ± 2.42 puan, meslek/iş yaşam kalitesi alt boyutundan 20.8 ± 4.38 puan ve sağlık yaşam kalitesi alt boyutundan 20.4 ± 2.26 puan aldıkları, UYKÖ genelinden ise 68.7 ± 7.08 puan aldıkları tespit edilmiştir.
6. Kadınların %58'inin DKİ-U'su düşük, %42'sinin ise yüksek olduğu saptanmıştır.

7. Kadınların %39'unun YTI'si düşük, %61'inin ise yüksek olduğu saptanmıştır.
8. Kadınların DKİ-U'sunda bulunan çeşitlilik alt boyutundan 19.9±0.39 puan, yeterlilik alt boyutundan 22.6±7.98 puan, denge alt boyutundan 12.8±4.27 puan ve genel denge alt boyutundan 3.0±1.57 puan aldıkları belirlenmiştir.
9. Kadınların DKİ-U sınıflamasına göre MSDÖ'de bulunan psikolojik şikayetler alt boyutundan aldıkları puanları DKİ-U'su düşük olan kadınların, DKİ-U'su yüksek olan kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p<0.05$).
10. YTI'si düşük olan kadınların MSDÖ toplam puanlarının, somatik şikayetler ve psikolojik şikayetler alt boyutlarından aldıkları puanların, YTI'si düşük olan kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
11. YTI'si yüksek olan kadınların, YTI'si düşük olan kadınlara göre UYKÖ'da bulunan sağlık yaşam alt boyutunun puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
12. DKİ-U'su yüksek olan kadınların bel çevresi ve bel/boy oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
13. Menopoz dönemine yönelik bilgi alan kadınların YTI puanları almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
14. Kadınların DKİ-U puanları ile bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arasında ters yönlü zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.160$, $p=0.002$; $r=-0.170$, $p=0.001$; $r=-0.180$, $p<0.001$).
15. Kadınların MSDÖ puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arasında aynı yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0.107$, $p=0.036$; $r=0.153$, $p=0.003$; $r=0.180$, $p=0.000$; $r=0.151$, $p=0.003$; $r=0.193$, $p<0.001$).

16. Kadınların UYKÖ puanları ile bel/kalça ve bel/boy oranı arasında ters yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $r=-0.122$, $p=0.017$; $r=-0.101$, $p=0.047$).
17. Kadınların MSDÖ puanları ile kalsiyum alım miktarları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.105$, $p=0.039$).
18. Kadınların UYKÖ puanları ile enerji, protein, yağ ve kalsiyum alımları arasında aynı yönlü zayıf ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0.134$, $p=0.009$; $r=0.181$, $p=0.000$; $r=0.174$, $p=0.001$; $r=0.191$, $p=0.000$).
19. Kadınların MSDÖ puanları ile DKİ-U ve YTI arasında ters yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.157$, $p=0.002$; $r=-0.302$, $p=0.000$).

Bölüm 7

ÖNERİLER

Menopoz döneminde beslenmeye bağlı risklerin azaltılması için beslenme konusunda kurs seminer vb. eğitim verilmeli ve diyetisyen tarafından kişiye özgü yeterli ve dengeli beslenme programı önerilmesi önemlidir.

Menopoz dönemindeki kadınların menopoz semptomları, diyet kalitesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çok merkezli, geniş örneklem büyüklüğüne sahip veya Türkiye genelini kapsayacak şekilde araştırmalar yapılması bu konuda ülke politikaları geliştirilebilmesi bakımından önemlidir.

Menopoz ve hastalık ilişkilerinin daha iyi değerlendirilebilmesi için uzunlamasına izlem çalışmaları planlanması bu doğrultuda hastalık risklerini önleyici plan ve politikalar geliştirilerek kadın sağlığı ve yaşam kalitesinin artırılmasında yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

- Abay, H. (2014). *Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Y.B.Ü.
- Abdolahian, S. Taebi, M., Ozgoli, G., Ebadi, A., and Kariman, A. (2018). *Strategies to improve menopausal quality of life: A systematic review*. Journal of Education and Health Promotion, (7), 93.
- Ahmed, K., Jahan, P., Nadia, İ., Ahmed F., and Emran, A. (2016). *Assessment of Menopausal Symptoms among Early and Late Menopausal Midlife Bangladeshi Women and Their Impact on the Quality of Life*. Journal of menopausal medicine, 22(1): 39–46.
- Alimoradi, Z., Abdi, F., Haqi, P., and Mahdizad, F. (2016). *Effects of phytoestrogens on bone mineral density during the menopause transition: a systematic review of randomized, controlled trials*. Journal Climacteric, 19(6):535-545.
- Alkerwi, A. (2014). *Diet quality concept*. Nutrition, 30(6):613-618.
- AlQuaiz, A. M., Tayel, S. A., and Habiba, F. A. (2013). *Assessment of symptoms of menopause and their severity among Saudi women in Riyadh*. Annals of Saudi Medicine, 33(1):63-67.

- Anderson, J. J., Rondano, P., and Holmes, A. (1996). *Roles of diet and physical activity in the prevention of osteoporosis*. Scandinavian journal of rheumatology Supplement, 103, 65-74.
- Arjmandi, B. H., Johnson, S. A., Pourafshar, S., Navaei, N., and George, K. S. (2017). *Bone-Protective Effects of Dried Plum in Postmenopausal Women: Efficacy and Possible Mechanisms*. Nutrients, 9(5):496.
- Ashwell, M., and Hsieh, S. D. (2005). *Six reasons why the waist to height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity*. International Journal of Food Science and Nutrition, 56(5):303-307.
- Audet, M., Dumas, A., Binette, R., and Dionne, I. J. (2017). *Women, weight, poverty and menopause: understanding health practices in a context of chronic disease prevention*. Sociology of health and illness, 39(8):1412-1426.
- Aungst, L., and Rainer, S. (2014). *Importance of Vitamin D to Postmenopausal Women's Health*. The Journal for Nurse Practitioners, 10(9):653-659.
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., and Kagawa-Singer M. (2001). *Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups*. Social Science Medicine, 52(3):345-56.

- Bertrand, E., Pimenta, F. B. C., Mograbi, D. C., Shinohara, H. and Landeira-Fernandez, J. (2015). *The relationship between obesity and quality of life in Brazilian adults*. *Frontiers in psychology*, 6:966.
- Biri, A., Bakar, C., Maral, I., Bumin, M. A., ve Güner, H. (2004). *40 Yaş ve Üzeri Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgileri, Menopozla İlgili Yakınmaları Ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanma Durumları*. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics*, 14(2):75-83.
- Blümel, J. E., Chedraui, P., Aedo, S., Fica, J., Mezones-Holguín, E., Barón, G. et al (2015). *Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentary lifestyle in middle-aged women*. *Maturitas*, 80(1):100-5.
- Blümel, J. E., Fica, J., Chedraui, P., Mezones-Holguín, E., Zuñiga, M.C., et al (2016). *Sedentary lifestyle in middle-aged women is associated with severe menopausal symptoms and obesity*. *Menopause*, 23(5):488-93.
- Burger, H. G. (2006). *Physiology and endocrinology of the menopause*, *Medicine*, 34(1):27-30.
- Callum, J., O'Connor, D. L., Khatri, N., Blake, J., Bell, R., Bowen, A., et al (2016). *Canadian Consensus on Female Nutrition: Adolescence, Reproduction, Menopause, and Beyond*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(6):508-554.

Campbell, S. C., Khalil, D. A., Payton, M. E., and Arjmandi, B. H. (2010). *One-year soy protein supplementation does not improve lipid profile in postmenopausal women*. *Menopause*, 17(3):587-593.

Can Gürkan, Ö. (2005). *Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği*. *Hemşirelik Forumu*, sf:30-35.

Cano, A., Chedraui, P., Goulis, D. G., Lopes, P., Mishra, G., Mueck, A., et al (2018). *Calcium in the prevention of postmenopausal osteoporosis: EMAS clinical guide*. *Maturitas*, 107:7-12.

Çelik, A., ve Pasinlioğlu, T. (2014). *Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler*. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16–29.

Cespedes-Feliciano, E. M., Tinker, L., Manson, J. E., Allison, M., Rohan, T., et al (2016) *Change in Dietary Patterns and Change in Waist Circumference and DXA Trunk Fat Among Postmenopausal Women*. *Obesity (Silver Spring)*, 24(10):2176-84.

Chen, M. N., Lin, C. C., and Liu, C. F. (2015). *Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: a meta-analysis and systematic review*. *Climacteric*, 18(2): 260–269.

- Chen, Y., Lin, S. Q., Wei, Y., Gao, H. L., and Wu, Z. L. (2007). *Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China*. *Gynecol Endocrinol*, 23(3):166-72.
- Chung, K. F., and Tang, M. K. (2006). *Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women*. *Maturitas*, 53(4):396-404.
- Col, N. F., Guthrie, J. R., Politi, M., and Dennerstein, L. (2009). *Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study*. *Menopause*, 16(3):453-7.
- Currie, H., and Williams, C. (2008). *Menopause, Cholesterol And Cardiovascular Disease*. *US Cardiology*, 5(1):12-14.
- Dalal, P. K., and Agarwal, M. (2015). *Postmenopausal syndrome*. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2):222–S232.
- Daley, A., Macarthur, C., Stokes-Lampard, H., MacManus, R., Wilson, S., and Mutrie, N. (2007). *Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age*. *British Journal of General Practice*, 57(535):130-5.
- Davis, S. R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M. A., Nappi, R. E., Shah, D., and Villaseca, P. (2012). *Understanding weight gain at menopause*. *Climacteric*, 15(5):419-29.

Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G. D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N., Simoncini, T. (2015). *Menopause*. Nature Reviews Disease Primers, 23(1):15004.

Edwards, B. J., and Li, J. (2013). *Endocrinology of menopause*. Periodontol 2000, 61(1):177-94.

Ertan, N. (2013). *Postmenapozal Dönem Kadınlarda Menapozal Semptomlar, Şiddeti Ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı

Faddy, M. J., Gosden, R. G., Gougeon, A., Richardson, S. J., and Nelson, J. F. (1992). *Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause*. Human Reproduction, 7(10):1342-6.

Fakılı, F. E. (2013). *Menopoza Girmiş Kadınların Beslenme Durumları İle Fiziksel Aktivite Ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Programı

Ferrari, A. (2009). *Soy extract phytoestrogens with high dose of isoflavones for menopausal symptoms*. The journal of obstetrics and gynaecology research, 35(6):1083-90.

Fleet, J. C. (2017). *The role of vitamin D in the endocrinology controlling calcium homeostasis*. Molecular and Cellular Endocrinology, 15(453):36-45.

- Fonseca, V. M., Ventura, D. A., Ramos, E. G., Marinheiro, L. P., Souza, R. A., Chaves, C. R., and Peixoto, M. V. (2014). *Association between quality of the diet and cardiometabolic risk factors in postmenopausal women*. Nutrition journal, 13(1):121.
- Food and Drug Administration. (2017). *Food Labeling: Health Claims; Soy Protein and Coronary Heart Disease Federal Register*. Docket No. FDA-2017-N-0763.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L., Gracia, C. R., Nelson, D. B., and Hollander, L. (2004). *Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause*. Archives of general psychiatry, 61(1):62-70.
- Freeman, E.W., and Sherif, K. (2007). *Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review*. Climacteric, 10(3):197-214.
- Gaugris, S., Heaney, R. P., Boonen, S., Kurth, H., Bentkover, J. D., and Sen, S. S. (2005). *Vitamin D inadequacy among post-menopausal women: a systematic review*. Monthly journal of the Association of Physicians, 98(9):667-76.
- Gerval, M. O., and Stevenso, J. C. (2017). *Establishing the risk related to hormone replacement therapy and cardiovascular disease in women*. Clinical Pharmacist, DOI: 10.1211/CP.2017.20202066

- Go, G., Tserendejid, Z., Lim, Y., Jung, S., Min, Y., and Park, H. (2014). *The association of dietary quality and food group intake patterns with bone health status among Korean postmenopausal women: a study using the 2010 Korean National Health and Nutrition Examination Survey Data*. *Nutrition research and practice*, 8(6):662–669.
- Gonçalves, J. T., Silveira, M.F., Campos, M. C., and Costa, L. H. (2016). *Overweight and obesity and factors associated with menopause*. *Ciencia Saude Coletiva*, 21(4):1145-56.
- Görgel, E. B., ve Çakıroğlu, F. P. (2007). *Menopoz Döneminde Kadın*. ISBN: 978-975-01761-1-1, Ankara Üniversitesi Basımevi
- Hayden, B., Lori, A. B., Maggie, N. K., David, C. S., Colleen, M. M., and Celette, S. S. (2001). *Depressive symptoms, Menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife*. *Psychosomatic Medicine*, 63(4):603-8.
- Holick, M. F., Binkley, N. C., Bischoff-Ferrari, H. A., Gordon, C. M., Hanley, D. A., Heaney, R. P., Murad, M. H., Weaver, C. M. (2011). *Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An Endocrine Society clinical practice guideline*. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 96 (7):1911-30.
- Hollins-Martin, C. J., Watson, R. R., Preedy, V. R. (2013). *Nutrition and Diet in Menopause*. ISBN 978-1-62703-372-5, Humana Press.

- Irmak-Vural, P., ve Balcı-Yangın, H. (2016). *Menopoz Algısı: Türk Ve Alman Kadınların Karşılaştırılması*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3): 7-15
- Jaspers, L., Daan, N. M., Gazibara, T., Muka, T., Wen, K. X., Meun, C., et al (2015). *Health in middle-aged and elderly women: A conceptual framework for healthy menopause*. Maturitas, 81(1):93-8.
- Kapoor, E., Collazo-Clavell, M. L., and Faubion, S. S. (2017). *Weight Gain in Women at Midlife: A Concise Review of the Pathophysiology and Strategies for Management*. Mayo Clinic Proceedings, 92(10):1552-1558.
- Katherine, D. C., Gammon, M. D., Steck, S. E., Hershman, D. L., Cremers, S., Dworakowski, E., Shane, E., et al (2009). *Association between plasma 25-hydroxyvitamin D and breast cancer risk*. Cancer prevention research, 2(6):598-604.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., and He, J. (2005). *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. Lancet, 365(9455):217-23.
- Kilim, S. R., and Chandala, S. R. (2013). *A Comparative Study of Lipid Profile and Oestradiol in Pre- and Post-Menopausal Women*. Journal of clinical and diagnostic research, 7(8): 1596–1598.

- Kim, M. J., Cho, J., Ahn, Y., Yim, G., Park, H. Y. (2014). *Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women*. BMC Womens Health, 14:122.
- Kim, S., Popkin, B. M., Siega-Riz, A. M., Haines, P. S., Arab, L. (2004). *A cross-national comparison of lifestyle between China and the United States, using a comprehensive cross-national measurement tool of the healthfulness of lifestyles: the Lifestyle Index*. Preventive Medicine, 38(2):160-171.
- Kim, S., Haines, P. S., Siega-Riz, A. M., Popkin, B. M. (2003). *The Diet Quality Index-International (DQI-I) Provides an Effective Tool for Cross-National Comparison of Diet Quality as Illustrated by China and the United States*. Journal of Nutrition, 133(11): 3476–3484.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., and Williams, G. R. (2001). *Quality of life and obesity*. Obesity Reviews, 2(4):219-29.
- Kozakowski, J., Gietka-Czernel, M., Leszczyńska, D., and Majos, A. (2017). *Obesity in menopause – our negligence or an unfortunate inevitability?* Przegląd menopauzalny, 16(2):61-65.
- Lai, J. S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A. J., McEvoy, M., and Attia, J. (2014). *A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults*. The American journal of clinical nutrition, 99(1):181-97.

- Lee, Y. D., Kim, K. W., Choi, K. S., Kim, M., Cho, Y. J. and Sohn, C. (2016). *Development of dietary pattern evaluation tool for adults and correlation with Dietary Quality Index*. Nutrition research and practice, 10(3):305–312.
- Lerchbaum, E. (2014). *Vitamin D and menopause-A narrative review*. Maturitas, 79(1):3-7
- Levin, V. A., Jiang, X., and Kagan, R. (2018). *Estrogen therapy for osteoporosis in the modern era*. Osteoporosis International, 29(5):1049–1055.
- Liu, J., and Eden, J. (2007). *Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney--a cross sectional survey*. Maturitas, 58(4):359-65.
- Liu, J., and Eden, J. A. (2008). *The menopausal experience of Greek women living in Sydney*. Menopause, 15(3):476-81.
- Lizneva, D., Yuena, T., Sun, L., Kim, S. et al. (2018). *Emerging concepts in the epidemiology, pathophysiology, and clinical care of postmenopausal osteoporosis*. Matrix Biology, 71-72:70-81.
- Lobo, R. A., Davis, S. R., De Villiers, T. J., Gompel, A., Henderson, V.W. et al. (2014). *Prevention of diseases after menopause*. Climacteric, 17(5):540-56.
- Lovejoy, J. C., Şampanya, C. M., Jonge, L., Xie, H., and Smith, S. R. (2008). *Increased visceral fat and decreased energy expenditure during the menopausal transition*. International journal of obesity, 32(6):949-58.

- Lu, J., Liu, J., and Eden, J. (2007). *The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney*. *Climacteric*, 10(1):72-9.
- Mansikkamaki, K., Raitanen, J., Malila, N., Sarkeala, T. et al. (2015). *Physical activity and menopause-related quality of life - a population-based cross-sectional study*. *Maturitas*, 80(1):69-74.
- Mansikkamaki, K., Raitanen, J., Nygård, C. H., Tomás, E., Rutanen, R., and Luoto, R. (2015). *Long-term effect of physical activity on health-related quality of life among menopausal women: a 4-year follow-up study to a randomised controlled trial*. *BMJ Open*, 5(9):e008232.
- Martínez-Domínguez, S. J., Lajusticia, H., Pérez-López, F. R., and Chedraui, P. (2017). *Effects of programmed exercise on depressive symptoms in midlife and older women: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Maturitas*, 106:38-47.
- Marx, W., Moseley, G., Berk, M., and Jacka, F. (2017). *Nutritional psychiatry: the present state of the evidence*. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(4):427-436.
- Matthan, N. R., Jalbert, S. M., Fava, S. L., Dolnikowski, G. G. et al. (2005). *TRL, IDL, and LDL Apolipoprotein B-100 and HDL Apolipoprotein A-I Kinetics as a Function of Age and Menopausal Status*. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 25:1691-1696.

- Mayes, S.L. (2007). *Review of Postmenopausal Osteoporosis Pharmacotherapy*. *Nutrition in Clinical Practice*, 22:276–285.
- McCarrey, A. C., and Resnick, S. M. (2015). *Postmenopausal hormone therapy and cognition*. *Hormones and Behavior*, 74:167-72.
- Meseri, R., Ucku, R., and Unal, B. (2013). *Waist:height ratio: a superior index in estimating cardiovascular risks in Turkish adults*. *Public Health Nutrition*, 17(10): 2246-2252.
- Mikkola, T. S., Tuomikoski, P., and Lyytinen, H. (2015). *Estradiol-based postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular and all-cause mortality*. *Menopause*, 22: 976–983.
- Mirzaiinj Mabadi, K., Anderson, D., and Barnes, M. (2006). *The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women*. *International journal of nursing practice*, 12(1):28-34.
- Mishra, G. D., Pandeya, N., Dobson, A. J., Chung, H. F. et al. (2007). *Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause*. *Human Reproduction*, 32(3):679-686.
- Mohammadifard, N., Bonakdar, Z., Hasanzadeh, A., and Paknahad, Z. (2014). *Nutritional status and its relationship with bone mass density in postmenopausal women admitted in osteodensitometry center, Isfahan-Iran*. *Journal of education and health promotion*, 3: 48.

- Moilanen, J. M., Mikkola, T. S., Raitanen, J. A., Heinonen, R. H., Tomas, E. I., Nygård, C. H., and Luoto, R. M. (2012). *Effect of aerobic training on menopausal symptoms--a randomized controlled trial*. *Menopause*, 19(6):691-6.
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., and Simoncini, T. (2018). *Symptoms of menopause global prevalence, physiology and implications*. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4):199-215.
- Nagata, C., Takatsuka, N., Inaba, S., Kawakami, N., and Shimizu, H. (1998). *Association of diet and other lifestyle with onset of menopause in Japanese women*. *Maturitas*, 29(2):105-113.
- Newson, L. (2018). *Menopause and cardiovascular disease*. *Post Reproductive Health*, 24(1): 44–49.
- Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., Naim, N., Polat, H., Aker, A., ve ark. (2005). *Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri*. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3):89-94.
- Panahi, S., Fernandez, M. A., Marette, A., and Tremblay, A. (2017). *Yogurt, diet quality and lifestyle factors*. *European Journal of Clinical Nutrition*, 71(5):573-579.

- Pastore, L. M., Carter, R. A., Hulka, B. S. and Wells, E. (2004). *Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative*. *Maturitas*, 49(4):292-303.
- Pekcan, G. (2012). *Beslenme durumunun saptanması (2. basım)*. Ankara: Reklam Kurdu Ajansı
- Peters, B. S., and Martini, L. A. (2010). *Nutritional aspects of the prevention and treatment of osteoporosis*. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 54(2):179-85.
- Politi, M. C., Schleinitz, M. D., and Col, N. F. (2008). *Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis*. *Journal of general internal medicine*, 23(9): 1507–1513.
- Possa, G., De Castro, M. A., Marchioni, D. M., and Fisberg, R. M. (2015). *Probability and amounts of yogurt intake are differently affected by sociodemographic, economic, and lifestyle factors in adults and the elderly- results from a population-based study*. *Nutrition Research*, 35(8):700-6.
- Prentice, R. L., Pettinger, M. B., Jackson, R. D., Wactawski-Wende, J. et al. (2013). *Health risks and benefits from calcium and vitamin D supplementation: Women's Health Initiative clinical trial and cohort study*. *Osteoporosis International*, 24(2): 567–580.

- Puciato, D., Borysiuk, Z., and Rozpara, M. (2017). *Quality of life and physical activity in an older working-age population*. *Clinical interventions in aging*, 12:1627–1634.
- Quirino, B., Hoga, L., Rodolpho, J., and Gonçalves, B. (2015). *Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence*. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(8):250-337.
- Rakırcıoğlu, N. (2012). *Menopozda Beslenme (2.basım)*. Ankara: Reklam Kurdu Ajansı.
- Rakırcıoğlu, N., Acar-Tek, N., Ayaz, A., ve Pekcan, G., (2012). *Yemek ve besin fotoğraf kataloğu (3. Basım)*. Ankara: Ata Ofset Matbaacılık.
- Rizzoli, R., Bischoff-Ferrari, H., Dawson-Hughes, B., and Weaver, C. (2014). *Nutrition and bone health in women after the Menopause*. *Womens Health*, 10(6):599–608
- Rosano, G. M. C., Vitale, C., Marazzi, G., and Volterrani, M. (2007). *Menopause and cardiovascular disease: the evidence*. *Journal Climacteric*, 10(1):19-24.
- Ross, A. C., Taylor, C. L., Yaktine, A. L., and Del Valle, H. B. (2011). *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Institute of Medicine, The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health.

- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C. et al. (2002). *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial*. JAMA, 288(3):321-33.
- Sağnak, B. (2015). *Malatya'da Özel Bir Kliniğe Başvuran Menopoza Girmiş Bireylerin Genel Beslenme Durumlarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.
- Şahingöz, M. (2008). *Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Samouei, R., and Valian, M. (2017). *Psychological experiences of women regarding Menopause*. 3(1):1-5.
- Samur, G. (2008). *Vitaminler Mineraller ve Sağlığımız*. Ankara: Klasmat Matbaacılık, s:9-26.
- Santoro, N., Epperson, C. N., and Mathews, S. B. (2015). *Menopausal Symptoms and Their Management*. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 44(3):497–515.
- Satman, I., Yilmaz, T., Sengul, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., et al. (2002). *Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results*

of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25(9):1551-6.

Sayon-Orea, C., Santiago, S., Cuervo, M., Martínez-González, M. A., Garcia, A., and Martínez, J. A. (2015). *Adherence to Mediterranean dietary pattern and menopausal symptoms in relation to overweight/obesity in Spanish perimenopausal and postmenopausal women*. *Menopause*, 22(7):750-7.

Schierbeck, L. L., Rejnmark, L., Tofteng, C. L., Stilgren, L., Eiken, P., Mosekilde, L., Køber, L., and Jensen, J. E. (2012). *Vitamin D deficiency in postmenopausal, healthy women predicts increased cardiovascular events: a 16-year follow-up study*. *European Society of Endocrinology*, 167(4):553-60.

Schneider, H. P. G., Heinemann, L. A. J., and Thiele, K. (2002). *The menopause Rating Scale (MRS). Cultural and linguistic translation in to english*. Public Health: The Menopause Rating Scale (MRS). DOI:10.1072 /L0305326.

Schoppen, S., Carbajal, A., Pérez-Granados, A. M., Vivas, F., and Vaquero, M. P. (2005). *Food, energy and macronutrient intake of postmenopausal women from a menopause program*. *Nutrición hospitalaria*, 20(2):101-9.

Sharma, S., and Mahajan, N. (2015). *Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study*. *Journal of mid-life health*, 6(1):16-20.

- Sherman, S. (2005). *Defining the menopausal transition*. The American Journal of Medicine, 118(12):3-7.
- Sobenin, I. A., Myasoedova, V. A., and Orekhov, A. N. (2016). *Phytoestrogen-Rich Dietary Supplements in Anti-Atherosclerotic Therapy in Postmenopausal Women*. Current Pharmaceutical Design, 22(2):152-63.
- Soleymani, M., Siassi, F., Qorbani, M., Khosravi, S., Aslany, Z., Abshirini, M. et al. (2019). *Dietary patterns and their association with menopausal symptoms: a cross-sectional study*. Menopause, 26(4):365-372.
- Sözen, T., Özışık, L., ve Başaran, N. (2017). *An overview and management of osteoporosis*. European journal of rheumatology, 4(1):46–56.
- Stefanska, A., Bergmann, K., and Sypniewska, G. (2015). *Metabolic Syndrome and Menopause: Pathophysiology, Clinical and Diagnostic Significance*. Advances in clinical chemistry, 72:1-75.
- Sternfeld, B., and Dugan, S. (2011). *Physical Activity and Health During the Menopausal Transition*. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 38(3):537–566.
- Sunita, P., and Pattanayak, S. P. (2011). *Phytoestrogens in postmenopausal indications: A theoretical perspective*, Pharmacognosy Reviews, 5(9):41–47.

- T.C Sağlık Bakanlığı. (2016). *Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)*. Ankara, ISBN : 978-975-590-608-9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2014). *Kadın Sağlığı Araştırması*, ISBN:978-975-590-491-7.
- Takahashi, T. A., and Johnson, K. M. (2015). *Menopause*. The Medical clinics of North America, 99(3):521-34.
- Tan, M. N., Kartal, M., and Guldal, D. (2014). *The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care* . BMC Womens Health, 14(1):38.
- Thurston, R. C., and Joffe, H. (2011). *Vasomotor Symptoms and Menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation*. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 38(3):489–501.
- Tortumluoğlu, G. (2006). *Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi.
- Toth, M. J., Tchernof, A., Siter, C. K., and Poehlman, E. T. (2000). *Effect of menopausal status on body composition and abdominal fat distribution*. International journal of obesity and related metabolic disorders, 24(2):226-31.

- Tümer, A., ve Kartal, A. (2018). *Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki*. Pamukkale Tıp Dergisi, 11(3);337-346.
- Tunç, N. (2014). *Menopoz Dönemindeki Bireylerin Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi Yakınma ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
- Tur, J. A., Romaguera, D., and Pons, A. (2005). *The Diet Quality Index-International (DQI-I): is it a useful tool to evaluate the quality of the Mediterranean diet?*. The British journal of nutrition, 93(3):369-76.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2014). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara*. s.113.
- Umar, M., Sastry, K. S., and Chouchane, A. I. (2018). *Role of Vitamin D Beyond the Skeletal Function: A Review of the Molecular and Clinical Studies*. International journal of molecular sciences, 19(6):1618.
- Ünal, B., Ergör, G., Dinç-Horasan, G., Kalaça, S., ve Sözmen, K. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: Anıl Matbaa.
- Utian, H. W., Janata, W. J., Kingsberg, A. S., Schluchter, M., Hamilton, C. J. (2002). *The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an*

instrument to quantify quality of life through and beyond menopause.
Menopause, 9(6):402-410.

Vehid, S., Aran, S. N., Köksal, S., Işıloğlu, H., and Şenocak, M. (2006). *The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area.* Saudi medical journal, 27(9):1381-1386.

Washington, D. C., Sobenin, I. A., Myasoedova, V. A., and Orekhov, A. N. (2016). *Phytoestrogen-Rich Dietary Supplements in Anti-Atherosclerotic Therapy in Postmenopausal Women.* Current Pharmaceutical Design, 22(2):152-63.

Watson, J., Lee, M., and Garcia-Casal, M. N. (2018). *Consequences of Inadequate Intakes of Vitamin A, Vitamin B12, Vitamin D, Calcium, Iron, and Folate in Older Persons.* Current geriatrics reports, 7(2):103–113.

Whalley, L. J., Fox, H. C., Starr, J. M., and Deary, I. J. (2004). *Age at natural menopause and cognition.* Maturitas, 49(2):148-56.

Whiteman, M. K., Staropoli, C. A., Langenberg, P. W., McCarter, R. J., Kjerulff, K. H., and Flaws, J. A. (2003). *Smoking, body mass, and hot flashes in midlife women.* Obstet Gynecol, 101(2):264-72.

Williams, R. E., Levine, K. B., Kalilani, L., Lewis, J., and Clark, R. V. (2009). *Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life.* Maturitas, 62(2):153-9.

World Health Organization. (1996). *Research on the Menopause in the 1990s*.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf. Accessed: 26.05.2018.

World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report on a WHO Consultation, Technical Report Series No: 894.

EKLER

Ek A: Anket Formu ve Besin Tüketim Sıklığı Formu

GAZİANTEP NİZİP İLÇESİ'NDE MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN DİYET VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket No:

Tarih:

A) GENEL BİLGİLER

1) Yaşınızı belirtiniz

.....

2) Eğitim Durumunuz nedir?

1. Okuyazar değil
2. Okuyazar
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite ve üzeri

3. Mesleğinizi belirtiniz.

1. Memur
2. İşçi
3. Serbest meslek
4. Emekli
5. Diğer (.....)

4. Medeni durumunuzu belirtiniz.

1. Evli
2. Bekar
3. Boşanmış

5. Hekim tarafından tanı konmuş hastalığınız var mıdır?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 7. soruya geçiniz.)

6. Cevabınız evet ise hastalığınızı belirtiniz.

1. Şeker hastalığı
2. Kalp hastalığı
3. Yüksek tansiyon
4. Kemik erimesi
5. Diğer (.....)

7. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mıdır?

1. Evet (Belirtiniz
2. Hayır

8. Düzenli olarak vitamin mineral desteği kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

9. Cevabınız evet ise hangi destek ürününü/ürünlerini ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

1. /gün
2. /gün
3. /gün

10. Sigara kullanıyor içiyorsunuz ?

1. Hayır, hiç içmedim
2. İçtim ve bıraktım
3. Evet, içiyorum

11. Cevabınız evet ise; ne zamandan beri sigara içiyorsunuz? (ay/yıl)

12. Cevabınız evet ise; günde kaç adet sigara içiyorsunuz ?

1. 1 – 4 adet
2. 5 – 9 adet
3. 10 – 19 adet
4. 20 adet ve üzeri

13. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

14. Cevabınız evet ise tek seferde tükettiğiniz miktarı belirtiniz.

(1 sek rakı, votka, cin , viski: 45 ml , 1 sek bira:360 ml, 1 sek şarap: 150 ml)

1. \geq 4 sek
2. $<$ 4 sek

15. Cevabınız 4 sekten az ise haftalık tüketim miktarını belirtiniz.

1. $<$ 1-7 sek
2. $<$ 7-14 sek
3. $<$ 14-21 sek
4. $<$ 21-28 sek
5. $>$ 28 sek

B) BESLENME ve FİZİKSEL AKTİVİTE ALIŞKANLIKLARI

16. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Ana Öğün

Ara Öğün

17. Ana öğünlerden birini atlar mısınız ? (Cevabınız “Hayır” ise 20. soruya geçiniz.)

1. Evet
2. Hayır
3. Bazen

18. Genellikle hangi öğünü atlarsınız ?

1. Sabah
2. Öğle
3. Akşam

19. Öğün atlamanızın sebebi nedir ?

1. İştahım olmuyor / canım istemiyor
2. Alışkanlığım yok
3. Sevmiyorum
4. Zayıflamak için

5. Zamanım yok

20. Düzenli olarak fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

21. Cevabınız evet ise hangi fiziksel aktiviteyi ne sıklıkla ve süresini belirtiniz.

1. Yürüyüş (.....dk.....gün / haftada)
2. Koşu (.....dkgün / haftada)
3. İp atlama (.....dkgün / haftada)
4. Yüzme (.....dkgün / haftada)
5. Diğer (.....dkgün / haftada)

C) MENOPOZ DÖNEMİ

22. İlk adet yaşınızı belirtiniz.

.....

23. İlk gebelik yaşınızı belirtiniz.

.....

24. Canlı doğum sayınızı belirtiniz.

.....

25. Menopoz yaşınızı belirtiniz.

.....

26. Menopoz şeklinizi belirtiniz.

1. Doğal
2. Cerrahi
3. İlaç

27. Menopoz döneminde hormon tedavisi kullanıyor musunuz / kullandınız mı?

1. Evet
2. Hayır

28. Cevabınız evet ise Menopoz döneminde hormon tedavisi kullanım sürenizi belirtiniz.

..... ay

29. Menopoz dönemine yönelik bilgi aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

30. Cevabınız evet ise menopoz dönemine yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız?

1. Komşu ve akrabalar
2. Hemşire-ebe
3. Doktor
4. Kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete, internet vb.)

31. Menopoz dönemini nasıl algılıyorsunuz?

1. Olumlu
2. Olumsuz

D) MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (MSDÖ)

Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

	Hiç Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1. Sıcak basması, terlemeler (Terleme Nöbetleri)					
2. Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3. Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4. Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6. Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8. Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10. Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)					

E) UTIAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (UYKÖ)

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hayatımda benim için önemli olan şeyleri kontrol edebiliyorum.					
2	Günlük işlerimi yaparken zorlanıyorum.					
3	Yaptığım iş/diğer etkinliklerimin topluma faydası olduğuna inanıyorum.					
4	Cinsel hayatımdan memnun değilim.					
5	Partnerimle/eşimle yaşadığım duygusal hayatımdan memnunum.					
6	İş ve ev hayatımda takdir ediliyorum.					
7	Dış görünüşümden memnun değilim.					
8	Beslenme düzenim besin içeriği yönünden sağlıklı değil.					
9	Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığına sahibim.					
10	Düzenli olarak haftada en az 3 kez egzersiz yapıyorum.					
11	Ruh halim genellikle depresiftir/karamsardır.					
12	Sık sık endişe yaşıyorum.					
13	Başıma gelen olayların çoğunu kontrol edemiyorum.					
14	Eşimle yaşadığım cinsel ilişki sıklığından memnunum.					
15	Bugünlerde cinsel ilişki sırasında acı ve bedensel rahatsızlık yaşıyorum.					
16	Fiziksel sağlığımı kontrol edemiyorum.					
17	İş başarılarımla /diğer etkinliklerimin başarılarıyla gurur duyuyorum.					
18	Hayatımın yeni şeyler yapmak için beni teşvik ettiğine inanıyorum.					
19	Kendime yeni kişisel hedefler koymaya devam ediyorum.					
20	Hayatımda iyi şeylerin olacağına inanıyorum.					
21	Fiziksel olarak kendimi sağlıklı hissediyorum.					
22	Fiziksel olarak kendimi formda hissediyorum.					
23	Kendim için yeni mesleki hedefler belirlemeye devam ediyorum.					

F) MİKTARLI BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

Tablodaki besinleri son 1 ayda ne sıklıkla tükettiğini belirtiniz.	Miktar	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez	Hiç
SÜT VE SÜT ÜRÜNLERİ									
Süt									
Yoğurt									
Kefir									
Ayran									
Peynir çeşitleri (krem peynir hariç)									
Yağlı									
½ Yağlı									
Yağsız									
ET-YUMURTA-KURUBAKLAGİL									
Kırmızı et									
Yağlı									
½ Yağlı									
Yağsız									
Tavuk									
Balık türleri (taze)									
Ton balığı									
İşlenmiş et ürünleri (pastırma, sucuk, salam, sosis vb.)									
Sakatatlar (karaciğer, dalak)									
Yumurta									

Kuru baklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek, kuru b�gr�lce vb.)									
Yağlı tohumlar (ceviz , fındık, fıstık , badem vb.)									
SEBZE VE MEYVELER									
Koyu yeşil yapraklı sebzeler (kıvırcık,marul,pazı, nane, semizotu, roka, tere, asma yaprağı, vb.)									
Sarı sebzeler (havuç, balkabağı, mısır)									
Domates, salatalık, taze fasülye, patlıcan mantar,karnabahar,kuru ve yeşil soğan									
Patates									
Taze baklagiller (taze barbunya, tazebezelye,taze b�r�lce, bakla vb.)									
Hazır meyve suyu(%100 meyve suyu)									
Taze meyveler									
Kurutulmuş meyveler (Kuru kayısı,kuru üzüm, kuru incir)									
EKMEK - TAHILLAR									
Beyaz ekme türleri (bazlama,sandviç,yufka vb)									
Tam tahıllı ekme kler									
Pirinç, bulgur, makarna, erişte, kuskus,irmik									
Bisküvi/Kraker									
Kahvaltılık tahıllar(cornflakes,müsli,yulaf)									
Kurabiye, kek, kruvasan, pay									
Simit									
Börek , Poğaa ,Açma									
YAğ – ŞEKER – TATLI- İÇECEKLER									
Zeytin									

Sıvı yağlar (zeytinyağı, ayçiçek yağı, mısırözü yağı, fındık yağı vb)									
Margarin (yumuşak , katı)									
Mayonez									
Tereyağı									
Krem/üçgen peynir									
Çikolata/çikolata kreması									
Bal , reçel , pekmez									
Fındık, fıstık ezmesi									
Gofretler									
Şekerleme, lokum, jelibon, sert şekerler									
Hazır mısır, patates cipsi									
Hamur tatlıları (baklava, şekerpare, tulumba vb.)									
Hamburger, cheeseburger									
Pizza									
Patates kızartması									
Gazlı içecekler									
Alkollü içecekler									
Çay şekeri									

G) ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Menopozdan Önceki Vücut Ağırlığı (kg)	
Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
BKİ (kg/m ²)	
Bel çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Bel kalça oranı (cm)	
Bel boy oranı (cm)	

Ek B: Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası (DKİ-U)

BİLEŞEN	PUAN	PUANLAMA ÖLÇÜTLERİ
Çeşitlilik	0-20	
Tüm besin grupları çeşitliliği (kırmızı et/kümes hayvanı/balık/yumurta; süt ürünleri/kurubaklagil; tahıl; meyve; sebze)	0-15	Tüm besin gruplarından ≥ 1 porsiyon/gün=15 1 besin grubu eksik/gün=12 2 besin grubu eksik/gün=9 3 besin grubu eksik/gün=6 ≥ 4 besin grubu eksik/gün=3 Hiçbir besin grubu yok/gün=0
Protein kaynağı çeşitliliği (kırmızı et, kümes hayvanları, balık, yumurta, süt ve süt ürünleri, kurubaklagil)	0-5	≥ 3 farklı kaynak/gün=5 2 farklı kaynak/gün=3 1 kaynak/gün=0
Yeterlilik	0-40	
Sebze	0-5	$\geq 3-5$ porsiyon/gün=5 <3- ≥ 1.5 porsiyon/gün=2.5 <1.5- ≥ 0 porsiyon/gün=0
Meyve	0-5	$\geq 2-4$ porsiyon/gün=5 <2- ≥ 1 porsiyon/gün=2.5 <1- ≥ 0 porsiyon/gün=0
Tahıl	0-5	$\geq 6-11$ porsiyon/gün=5 <6- ≥ 3 porsiyon/gün=2.5 <3- ≥ 0 porsiyon/gün=0
Posa	0-5	$\geq 20-30$ g/gün=5 <20- ≥ 10 g/gün=2.5 <10- ≥ 0 g/gün=0
Protein	0-5	Enerjinin $\geq 10\%$ /gün=5 Enerjinin <10- $\geq 5\%$ /gün=2.5 Enerjinin <5- $\geq 0\%$ /gün=0
Demir	0-5	≥ 100 RDA(AI)/gün=5 <100- ≥ 50 RDA(AI)/gün=2.5 <50- ≥ 0 RDA(AI)/gün=0
Kalsiyum	0-5	≥ 100 AI/gün=5 <100- ≥ 50 AI/gün=2.5 <50- ≥ 0 AI/gün=0
C Vitamini	0-5	≥ 100 RDA(AI)/gün=5 <100- ≥ 50 RDA(AI)/gün=2.5 <50- ≥ 0 RDA(AI)/gün=0
Denge	0-30	
Toplam yağ	0-6	Enerjinin $\leq 20\%$ /gün=6 Enerjinin $>20-\leq 30\%$ /gün=3 Enerjinin $>30\%$ /gün=0
Doymuş yağ	0-6	Enerjinin $\leq 7\%$ /gün=6 Enerjinin $>7-\leq 10\%$ /gün=3 Enerjinin $>10\%$ /gün=0
Kolesterol	0-6	≤ 300 mg/gün=6 >300- ≤ 400 mg/gün=3 >400mg/gün=0
Sodyum	0-6	≤ 2400 mg/gün=6 >2400- ≤ 3400 mg/gün=3 >3400mg/gün=0
Boş enerji kaynağı	0-6	Enerjinin $\leq 3\%$ /gün=6 Enerjinin $3-\leq 10\%$ /gün=3 Enerjinin $>10\%$ /gün=0
Genel Denge	0-10	
Makro besin ögesi oranı (Karbonhidrat: protein: yağ)	0-6	55-65:10-15:15-25=6 52-68:9-16:13-27=4 50-70:8-17:12-30=2 Bunların dışında=0
Yağ asidi oranı (ÇDYA: TDYA : DY A)		ÇDYA/DYA=1-1.5 VE TDYA/DYA=1-1.5=4 ÇDYA/DYA=0.8-1.7 VE TDYA/DYA=0.8-1.7=2 Bunların dışında=0

Diyet Kalite İndeksi Puanlaması (0-100): <60 puan Kötü, ≥ 60 puan İyi

Ek C: Yaşam Tarzı İndeksi (YTİ)

BİLEŞEN	PUAN	PUANLAMA ÖLÇÜTLERİ
Çeşitlilik	0-20	
Tüm besin grupları çeşitliliği (kırmızı et/kümes hayvanı/balık/yumurta; süt ürünleri/kurubaklagil; tahıl; meyve; sebze)	0-15	Tüm besin gruplarından ≥ 1 porsiyon/gün=15 1 besin grubu eksik/gün=12 2 besin grubu eksik/gün=9 3 besin grubu eksik/gün=6 ≥ 4 besin grubu eksik/gün=3 Hiçbir besin grubu yok/gün=0
Protein kaynağı çeşitliliği (kırmızı et, kümes hayvanları, balık, yumurta, süt ve süt ürünleri, kurubaklagil)	0-5	≥ 3 farklı kaynak/gün=5 2 farklı kaynak/gün=3 1 kaynak/gün=0
Yeterlilik	0-40	
Sebze	0-5	$\geq 3-5$ porsiyon/gün=5 $<3-\geq 1.5$ porsiyon/gün=2.5 $<1.5\geq 0$ porsiyon/gün=0
Meyve	0-5	$\geq 2-4$ porsiyon/gün=5 $<2-\geq 1$ porsiyon/gün=2.5 $<1-\geq 0$ porsiyon/gün=0
Tahıl	0-5	$\geq 6-11$ porsiyon/gün=5 $<6-\geq 3$ porsiyon/gün=2.5 $<3-\geq 0$ porsiyon/gün=0
Posa	0-5	$\geq 20-30$ g/gün=5 $<20-\geq 10$ g/gün=2.5 $<10-\geq 0$ g/gün=0
Protein	0-5	Enerjinin $\geq 10\%$ /gün=5 Enerjinin $<10-\geq 5\%$ /gün=2.5 Enerjinin $<5-\geq 0\%$ /gün=0
Demir	0-5	≥ 100 RDA(AI)/gün=5 $<100-\geq 50$ RDA(AI)/gün=2.5 $<50-\geq 0$ RDA(AI)/gün=0
Kalsiyum	0-5	≥ 100 AI/gün=5 $<100-\geq 50$ AI/gün=2.5 $<50-\geq 0$ AI/gün=0
C Vitamini	0-5	≥ 100 RDA(AI)/gün=5 $<100-\geq 50$ RDA(AI)/gün=2.5 $<50-\geq 0$ RDA(AI)/gün=0
Denge	0-30	
Toplam yağ	0-6	Enerjinin $\leq 20\%$ /gün=6 Enerjinin $>20-\leq 30\%$ /gün=3 Enerjinin $>30\%$ /gün=0
Doymuş yağ	0-6	Enerjinin $\leq 7\%$ /gün=6 Enerjinin $>7-\leq 10\%$ /gün=3 Enerjinin $>10\%$ /gün=0
Kolesterol	0-6	≤ 300 mg/gün=6 $>300-\leq 400$ mg/gün=3 >400 mg/gün=0
Sodyum	0-6	≤ 2400 mg/gün=6 $>2400-\leq 3400$ mg/gün=3 >3400 mg/gün=0
Boş enerji kaynağı	0-6	Enerjinin $\leq 3\%$ /gün=6 Enerjinin $>3-\leq 10\%$ /gün=3 Enerjinin $>10\%$ /gün=0
Genel Denge	0-10	
Makro besin ögesi oramı (Karbonhidrat: protein: yağ)	0-6	55-65:10-15:15-25=6 52-68:9-16:13-27=4 50-70:8-17:12-30=2 Bunların dışında=0
Yağ asidi oramı (ÇDYA: TDYA : DY A)		ÇDYA/DYA=1-1.5 VE TDYA/DYA=1-1.5=4 ÇDYA/DYA=0.8-1.7 VE TDYA/DYA=0.8-1.7=2 Bunların dışında=0

BİLEŞEN	PUAN	PUANLAMA ÖLÇÜTLERİ
Fiziksel Aktivite Düzeyi	0-10	Çok aktif =10 Aktif =8 Orta aktif=5 Hafif Aktif=2 Sedanter=0
Sigara İçme İndeksi	0-10	
Sigara içme durumu		Hiç içmeyen =10 İçip, bırakan=7
Sigara içme miktarı		Günde 1-4 adet=5 Günde 5-9 adet =3 Günde 10-19 adet =1 Günde 20 adet ve üzeri=0
Alkol İndeksi	0-10	
Alkol Miktarı		Hiç içki içmeyenler=10

Yaşam Kalite İndeksi Puanlaması (0-100): <60 puan Kötü, ≥ 60 puan İyi

Ek D: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu form ile “Gaziantep Nizip İlçesi’nde Menopoz Dönemindeki Kadınların Diyet ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer ve Diyetisyen Emine Büşra Ümit sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu çalışmanın amacı menopoz dönemdeki kadınların beslenme durumları, diyet kalite ve yaşam kaliteleri ve aralarındaki ilişkinin saptanmasıdır.

Araştırmanın Yöntemi:

Teke tek görüşme yolu kişilerin genel özellikleri, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler, menopoz semptomlarını değerlendirmek için “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği”, menopoz yaşam kalitesini değerlendirmek için “Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği”, diyet kalitesini belirlemek için Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası ve genel yaşam kalite değerlendirmek için Yaşam Tarzı İndeksini kapsayan anket formu uygulanacaktır. Araştırma kapsamına alınacak olan bireylerin, vücut ağırlıkları, boy uzunlukları, bel ve kalça çevresi ölçümleri alınacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Emine Büşra Ümit
Görevi : Diyetisyen, Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon : 0533 826 22 94

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Emine Büşra ÜMİT ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Emine Büşra ÜMİT

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek E: Etik Kurul Onayı

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>P.K.: 99628 Gazimeğusa, KUZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-70 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 bayek@emu.edu.tr</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		

Sayı: ETK00-2018-0236
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

14.09.2018

Emine Büşra Ümit,

Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **21.05.2018** tarih ve **2018/59-51** sayılı kararı doğrultusunda, "**Gaziantep Nizip İlçesi'nde Menopoz Dönemindeki Kadınların Diyet ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**" adlı araştırmanızı, Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.



Doç. Dr. Şükrü TÜZMEN
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/ba.