

# **Menopoz Dönemindeki Kadınların Beslenme Durumu, Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi**

**Seçil İşkan Yeni**

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

Doğu Akdeniz Üniversitesi  
Şubat 2021  
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

---

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy  
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

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

---

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.

---

Doç. Dr. Ceren Gezer  
Eş-Tez Danışmanı

---

Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver Sarp  
Tez Danışmanı

---

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Emine Yıldız

2. Yrd. Doç. Dr. Nazal Bardak Perçinci

3. Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver Sarp

## ÖZ

Bu çalışmada, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Gazimağusa ilçesinde yaşayan menopoz dönemindeki kadınların beslenme durumu, yaşam ve uyku kalitesi değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Gazimağusa ilçesinde yaşayan 183 menopoza girmiş kadın dahil edilmiştir.

Çalışmada yüz yüze görüşme ve anket teknikleri kullanılarak veri toplanmıştır. Uygulanan anket formunda kadınların genel bilgileri, menopozal durumları, beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgileri, antropometrik ölçümleri ve geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kayıtları sorgulanmıştır. Ayrıca adınların uyku kalitelerini saptamak için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve yaşam kalitelerini belirlemek için Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24.0 programı kullanılmıştır.

Kadınların yaş ortalamasının  $56,08 \pm 5,73$  yıl olduğu, %54,10'inde tanısı konmuş kronik bir hastalık olduğu, %48,09'unun kilolu ve %21,31'inin obez olduğu ve %84,70'inin menopoza doğal yolla girdiği saptanmıştır. Kadınların PUKİ puan ortalaması  $7,33 \pm 2,95$  olarak saptanmış ve %69,95'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim durumları ile PUKİ puanları arasında ve günlük karbonhidrat, yağ, C vitamini ve D vitamini alımları ile PUKİ puanları arasında anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Kadınların MÖYKÖ genel puan ortalaması  $3,45 \pm 1,19$  olarak saptanırken, vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt boyut puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Kadınların yaşı ile MÖYKÖ genelinden ve ölçeğin vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı

ve negatif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bunun sonucunda kadınların yaşı arttıkça vasomotor şikayetleri azalmakta, yaşam kalitesi iyileşmektedir. Çalışmaya dahil olan kadınların MÖYKÖ-fiziksel puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ve bel/boy oranı arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre, kadınların vücut ağırlıkları, BKİ'leri, bel çevresi ve bel/boy oranları arttıkça fiziksel şikayetleri artmaktadır.

Yapılan araştırmanın sonucuna göre, Gazimağusa'da ikamet eden, menopoz dönemindeki kadınların bir çoğunun uyku kalitelerinin kötü olduğu, ancak yaşam kalitelerinin ortalama olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Menopoz, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Beslenme

## ABSTRACT

The main goal of this study is to evaluate the nutritional status, life and sleep quality of women living in the district of Famagusta in the Turkish Republic of Northern Cyprus in the period of menopause. 183 menopausal women living in Famagusta district were included in the study.

The data were collected by face-to-face interviews and questionnaires throughout this study. General information, menopausal status, nutritional habits, anthropometric measurements and retrospective 24-hour food consumption records of the women were interrogated in the questionnaire form. In addition, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to determine the sleep quality of women and the Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) to determine their quality of life. SPSS 24.0 program was used to analyze the data.

It was detected that the average age of women was  $56.08 \pm 5.73$  year, 54.10% had a diagnosed chronic disease, 48.09% were overweight, 21.31% were obese and menopause for 84.70% began naturally. The average PSQI score of women was found to be  $7.3 \pm 2.95$  and 69.95% of them were found to have poor sleep quality. A significant correlation was detected between the educational status of women and their PSQI scores along with daily carbohydrate, fat, vitamin C and vitamin D intake and PSQI scores ( $p < 0.05$ ). While the mean MENQOL score of women was found to be  $3.45 \pm 1.19$  a statistically significant difference was observed between the vasomotor, psychosocial and physical sub-dimension mean scores and educational status ( $p < 0.05$ ). Statistically meaningful and negative correlations were found between the age of women and the scores they got from the overall MENQOL and the vasomotor sub-dimensions ( $p < 0.05$ ). As a result, as the age of women increases,

their vasomotor complaints decrease and the quality of life improves. Notable and positive correlations were discovered between the MENQOL-physical scores and body weight, BMI, waist circumference and waist / height ratio of the women included in the study ( $p < 0.05$ ). According to this result, physical complaints of women increase as their body weight, BMI, waist circumference and waist / height ratio increase.

According to the results of the research, it was concluded that most of the menopausal women residing in Famagusta, have poor sleep quality yet their quality of life is average.

**Keywords:** Menopause, Menopausal-Specific Quality of Life, Pittsburgh Sleep Quality Index, Nutrition

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve yazımına kadar geçen süreçte her türlü bilimsel ve manevi desteği sağlayan, her daim sabırla yol gösteren, vaktini ve yardımını asla esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver Sarp'a ve eş danışmanım Sayın Doç. Dr. Ceren Gezer'e,

Çalışmam süresince ve her zaman yanımda olan, yardımlarını ve desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Uzm. Dyt. Ezgi Şanlı'ya ve Uzm. Dyt. Elif İrem Sun'a,

Tüm hayatımda olduğu gibi bu çalışmamda da her daim yanımda olup beni destekleyen annem Müzeyyen İşkan'a ve babam Erkan İşkan'a,

Bu zorlu süreçte son dakikaya kadar yanımda olan, bana güç veren ve beni her zaman motive eden canım eşim Yalçın Yeni'ye,

Son olarak araştırmam ve çalışmam boyunca benim için kıymetli zamanını veren çok sevdiğim canım kızım Alya'ya,

Sonsuz teşekkür ederim...

# İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR.....	xii
TABLO LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	3
1.3 Araştırma Soruları.....	3
2 GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Klimakterium.....	4
2.2 Klimakterium Evreleri.....	4
2.2.1 Premenopoz ve Perimenopoz Evresi.....	4
2.2.2 Menopoz Evresi.....	6
2.2.2.1 Erken Menopoz.....	6
2.2.2.2 Normal Menopoz.....	7
2.2.2.3 Geç Menopoz.....	7
2.2.2.4 Doğal (Fizyolojik) Menopoz.....	7
2.2.2.5 Cerrahi Menopoz.....	7
2.2.3 Postmenopoz Evresi.....	8
2.3 Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler.....	8
2.4 Menopozun Fizyolojisi.....	9



2.5 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler.....	10
2.5.1 Kısa Süreli Değişiklikler.....	10
2.5.2 Uzun Süreli Değişiklikler.....	12
2.6 Menopoz Döneminde Tedavi.....	14
2.6.1 Hormon Tedavi.....	14
2.6.2 Alternatif Tedavi.....	15
2.7 Yaşam Kalitesi.....	16
2.7.1 Menopoz ve Yaşam Kalitesi.....	16
2.8 Menopoz ve Beslenme.....	17
2.8.1 D Vitamini.....	18
2.8.2 E Vitamini.....	19
2.8.3 Kalsiyum.....	20
2.8.4 Sodyum.....	21
2.8.5 Demir.....	21
2.8.6 Folik Asit.....	21
2.9 Uyku.....	22
2.9.1 Uykunun Tanımı.....	22
2.9.2 Sirkadiyen Ritim.....	22
2.9.3 Uyku Evreleri.....	24
2.9.3.1 NREM.....	24
2.9.3.2 REM.....	25
2.9.4 Uyku İşlevi ve Gereksinimi.....	25
2.9.5 Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	26
2.9.6 Menopoz ve Uyku.....	28
3 BİREYLER VE YÖNTEM.....	30

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı.....	30
3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30
3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri.....	31
3.3.1 Genel Bilgiler.....	31
3.3.2 Menopozal Durum.....	31
3.3.3 Temel Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler.....	31
3.3.4 Antropometrik Ölçümler.....	32
3.3.4.1 Vücut Ağırlığı.....	32
3.3.4.2 Boy Uzunluğu.....	32
3.3.4.3 Beden Kitle İndeksi (BKİ).....	32
3.3.4.4 Bel Çevresi Ölçümü.....	33
3.3.4.5 Kalça Çevresi Ölçümü.....	33
3.3.4.6 Bel/Kalça Oranı.....	33
3.3.4.7 Bel/Boy Oranı.....	34
3.3.5 Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ).....	34
3.3.6 Menopozal Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ).....	35
3.3.7 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı.....	36
3.4 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	36
4 BULGULAR.....	37
4.1 Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.2 Kadınların Menopozal Durumuna İlişkin Bulgular.....	41
4.3 Kadınların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	43
4.4 Kadınların Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarlarına İlişkin Bulguları.....	46
4.5 Kadınların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	48
4.6 Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Skorlarına İlişkin Bulgular.....	49

4.7 Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	54
4.8 Kadınların PUKİ ve MÖYKÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	57
5 TARTIŞMA .....	68
5.1 Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Verilerin Değerlendirilmesi ...	68
5.2 Kadınların Menopozal Durumlarının Değerlendirilmesi .....	73
5.3 Kadınların Beslenme Alışkanlıklarına Ait Verilerin Değerlendirilmesi.....	76
5.4 Kadınların Antropometrik Ölçümlerine Ait Verilerin Değerlendirilmesi.....	78
5.5 Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Skorlarına Ait Verilerin Değerlendirilmesi .....	79
5.6 Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi .....	84
5.7 PUKİ ve MÖYKÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar .....	89
6 SONUÇLAR .....	95
7 ÖNERİLER.....	98
KAYNAKLAR .....	99
EKLER.....	128
Ek A: Etik Kurul Onayı.....	129
Ek B: Anket Formu .....	130
Ek C: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni.....	138
Ek D: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni .....	139

## KISALTMALAR

BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroensefalografi
EMG	Elektromiyografi
EOG	Elektrookülografi
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
HDL	High Density Lipoprotein
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
LDL	Low-Density Lipoprotein
LH	Lutein Yapıcı Hormon
MÖYKÖ	Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
NREM	Non-Rapid Eye Movement
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	Rapid Eye Movement
SCN	Suprakiazmatik Çekirdek
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

## TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: Dünya Sağlık Örgüt'ünün BKİ Sınıflaması.....	33
Tablo 4.1: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	38
Tablo 4.2: Kadınların sağlık ve ilaç kullanma durumuna göre dağılımı.....	39
Tablo 4.3: Kadınların sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımı .....	40
Tablo 4.4: Kadınların spor yapma durumuna göre dağılımı .....	41
Tablo 4.5: Kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı.....	42
Tablo 4.6: Kadınların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı .....	45
Tablo 4.7: Kadınların su, çay ve kahve tüketimlerine göre dağılımı .....	46
Tablo 4.8: Kadınların enerji, makro ve mikro besin alım miktarına ilişkin betimsel istatistikler.....	47
Tablo 4.9: Kadınların antropometrik ölçümlerine ilişkin betimsel istatistikler .....	48
Tablo 4.10: Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler.....	49
Tablo 4.11: Kadınların eğitim durumuna göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skorlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.12: Kadınların menopoza girme şekline göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skorlarının karşılaştırılması .....	52
Tablo 4.13: Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamalarına göre enerji, makro ve mikro besin ögesi alım miktarlarının karşılaştırılması .....	53
Tablo 4.14: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler .....	54
Tablo 4.15: Kadınların eğitim durumuna göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması .....	55

Tablo 4.16: Kadınların menopoza girme şekline göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması .....	56
Tablo 4.17: Kadınların yaş ve son adet üzerinden geçen süre ile PUKİ ve MÖYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar .....	58
Tablo 4.18: Kadınların tanısı konulmuş kronik hastalık durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.19: Kadınların düzenli spor yapma durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması .....	60
Tablo 4.20: Kadınların sigara içme durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması .....	61
Tablo 4.21: Kadınların antropometrik ölçümleri ile PUKİ ve MÖYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar.....	63
Tablo 4.22: Kadınların besin alım miktarları ile PUKİ ve MÖYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar.....	65
Tablo 4.23: Kadınların kahve içme durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması .....	66
Tablo 4.24: Kadınların çay içme durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması .....	67

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: Kadınların menopoza girme şekline göre dağılımı.....	43
Şekil 4.2: Kadınların BKİ sınıflamalarına göre dağılımı.....	49
Şekil 4.3: Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamaları.....	50
Şekil 4.4: Kadınların BKİ sınıflamalarına göre Pittsburgh Uyku Kalitesi.....	50

# Bölüm 1

## GİRİŞ

### 1.1 Kuramsal Yaklaşımlar

İnsan yaşamı; bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşmaktadır (1). Bununla birlikte hem erkeklerin, hem de kadınların kendilerine özgü yaşam dönemleri vardır. Menopoz kadınlara özgü dönemlerden biridir ve kadınlar hayatlarının 1/3'ini bu dönemde geçirirler (2). Menopoz, kadın hayatında hormonların değişmesi ile normal fizyolojik dönem olarak kabul edilmesine rağmen, oluşturduğu semptomlar ile kısa ve uzun vadede sağlık durumunun bozulmasına neden olmaktadır (3). Menopoz sırasında iki önemli üreme hormonu olan östrojen ve progesteronun üretimi azalmaktadır. Bu hormonların azalması sonucu vazomotor, psikolojik ve kas-iskelet sistemiyle ilgili şikayetler artmaktadır. Menopozla birlikte kısa dönemde görülebilen ateş basması, gece terlemesi, uyku düzensizliği gibi semptomlar ve uzun dönemde gözlemlenen kardiyovasküler hastalık, osteoporoz riski ve azalan bilişsel işlevler kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (4,5).

Kadınlarda bu dönemde gözlenen semptomlar; kadının öğrenim durumu, yaşı, medeni durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, menopoz dönemine özgü bilgi düzeyi, kadının yaşadığı toplumdaki değeri gibi nedenlerden etkilenmektedir (6,7). Yaşanan değişimler kadınların yaşam kalitesini ciddi olarak etkilediğinden dolayı, sorunlar iyi anlaşılmalı ve doğru müdahaleler yapılmalıdır.



Menopoz döneminde oluşan semptomların azaltılmasında ve tedavisinde tıbbi tedavi olarak hormon replasman tedavisi (HRT) uygulanmaktadır. HRT'deki amaç; menopoz ile vücutta azalan hormon veya hormonları eski düzeyine getirmektir. Bununla birlikte, son yıllarda kadınların menopoz döneminde oluşan sorunlarla baş etmede alternatif tedavi yolları uygulandığı bilinmektedir (8,9).

Yaşam kalitesi, kişinin sağlık durumu ve iyilik hali olarak tanımlanan bir kavramdır. Menopoz döneminde oluşan psikolojik, biyolojik ve sosyal değişiklikler kadınların yaşam şeklini ve kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Günümüzde uzayan yaşam süresine de bağlı olarak kadınların menopozda geçirdikleri süre artmaktadır. Kadınların menopozda geçirdikleri zaman içerisinde yaşam kalitesini arttırmak ve sağlıklı yaşlanmayı sağlamak için, dengeli ve yeterli beslenmeleri sağlanmalıdır. Bunun için kadınlara özellikle menopoz dönemi ve ileriki dönemler için beslenme eğitimi verilip, uygun beslenme listeleri hazırlanıp, doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılmalıdır (10,11).

Menopoz döneminde östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak besin tüketme isteği artmakta ve bunun sonucunda ağırlık ve vücut yağ oranında artış göstermektedir. Vücuttaki yağ dağılımı değişimi genellikle karın bölgesinde yağlanmaya neden olmaktadır. Bu bedensel değişimin hormonal değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve davranışsal değişikliklerle de ilişkili olduğu bildirilmektedir. Menopoz döneminde sağlığın korunması ve kaliteli bir yaşam için beslenme önemli bir unsurdur (12,13).

Uyku, kişinin bilinç durumunun ses, ışık, sıcaklık gibi çevresel uyarılanlarla geri dönebilen, tekrarlanan ve her türlü fiziksel aktivitenin en az düzeyde olduğu, insan yaşamının üçte birini kapsayan fizyolojik durumdur (14). Hem menopoz hem de yaş ile birlikte kadınlarda uykusuzluk görülme sıklığı artmaktadır. Kadınlarda

menopozala birlikte değişen hormonlar uykuyu etkilemektedir. Menopozda östrojen hormonun azalması, düzenli uykunun sağlanmasında önemli olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku problemlerine neden olabilmektedir. Ayrıca menopozal dönemde ortaya çıkan değişiklikler; stres, psikolojik faktörler, sağlık problemleri, menopozal semptomlar ve kültürel farklılıklar uyku bozukluklarının ortaya çıkmasında etkilidir (15,16).

Menopoz dönemindeki kadınlarda değişen hormonlar sonucu gözlenen semptomlar ve beslenme alışkanlıkları nedeni ile yaşam ve uyku kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle bu çalışma menopoza girmiş kadınların beslenme durumu yaşam ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin önemini vurgulamak için planlanmıştır.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada, Gazimağusa ilçesinde ikamet eden menopoz dönemindeki kadınların beslenme durumu, yaşam ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **1.3 Araştırma Soruları**

1. Menopoz dönemindeki kadınların beslenme durumları nasıldır?
2. Menopoz dönemindeki kadınların uyku kaliteleri nasıldır?
3. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kaliteleri nasıldır?

## Bölüm 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1 Klimakterium

Kadın hayatının en önemli dönemlerinden biri olarak kabul edilen klimakterium, eski Yunanca kökenli bir terim olup, kritik periyot veya merdiven basamağı anlamını taşıyan, "klimakterikoz" kelimesinden türetilmiştir. Klimakterium dönemi, genellikle 45 yaşlarında başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaşına kadar devam eden süreç olarak tanımlanmaktadır (1,17). Menopoz ise, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; over aktivitesinin sona ermesi sonucu menstruasyon döngüsünün kalıcı olarak bitmesi olarak tanımlanmakta ve menopoz klimakteriumun bir evresi olarak kabul edilmektedir (18). Klimakterium döneminde fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler ortaya çıkmaktadır.

#### 2.2 Klimakterium Evreleri

Klimakterium dönemi DSÖ tarafından üç ayrı döneme ayrılmaktadır (19).

1. Premenopoz ve Perimenopoz
2. Menopoz
3. Postmenopoz

##### 2.2.1 Premenopoz ve Perimenopoz Evresi

Klimakteriumun ilk evresi olarak da bilinen premenopoz, östrojen hormonun azalması ile menopoz semptomlarının ilk olarak görülmeye başladığı dönemdir. Menopoz öncesi 1-2 yıllık dönemi kapsayan ve genellikle 40'lı yaşlarda kendini gösteren bir süreç olarak kabul edilen premenopoz döneminde kadınların son 3

ayda en az 1 menstrual kanamasının olması ve son 1 yıl içinde menstrual siklusta düzensizliklerin gelişmesi gözlemlenir. Bu dönem ovaryumların eski aktivite düzeylerini kaybetmesi sonucu başlamaktadır (20). Premenopoz döneminde kadındaki overlerde yetmezlik başlaması ile birlikte hormonal değişiklikler görülmekte ve bunun sonucunda doğurganlık azalmaktadır. Ancak klimakteriyum öncesi döneme kıyasla daha az ihtimal olsa da kadınların bu dönemde hamile kalma ihtimalleri vardır. Bu dönemde Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) düzeyleri yükselir, Lutein Yapıcı Hormon (LH) seviyesi normal seyreder, östrojen hormon ise azalış gösterir ve buna bağlı olarak kadınlarda baş ağrısı, yorgunluk, ruhsal bozukluklar görülür (21).

Perimenopoz ise, menopoza ait vazomotor semptomların, yani menstrüasyon döngüsünde bozulmaların, sıcak basmalarının, uyku ve duyu durum bozukluklarının görülmeye başladığı dönemdir. Bu dönem; premenopozu ve menopozun ilk bir yılını kapsamaktadır. Perimenopoz dönemin başlaması ile, kadınlarda yaşlılık hissiyatında ve ölüme yaklaşma düşüncesinde artma, doğurganlığın azalmasına bağlı olarak kendini gereksiz ve yetersiz hissetme gibi durumlar yaşanmaktadır. Bu dönem menopoz öncesi ve son menstrüasyondan 1 yıl sonrasına kadar devam eder. Perimenopoz döneminde de düşük de olsa hamile kalma ihtimali vardır (22).

Bu dönemde; FSH seviyesindeki hızlı artış sonucu LH / FSH dengesinin FSH lehine bozulması ile folliküllerin erken olgunlaşmasına ve oosit kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle menstrual döngü uzar ve kanamalar düzensizleşir. Hormonal değişimlerin artması ile birlikte menopoz dönemine geçiş olur (23).

## **2.2.2 Menopoz Evresi**

Klimakteriumun ikinci evresi olarak kabul edilen menopoz; Fransızcadan Türkçeye geçen bir terim olup, 19. yüzyılda Latince “menopausis” sözcüğünden köken almıştır. Menopoz sözcüğü; eski Yunanca olan men (ay) ve pausis (durmak, sonlanma) kelimelerinden türetilmiştir. DSÖ menopozu; over fonksiyonlarının azalması sonucunda menstrüasyonun kalıcı şekilde sonlanması olarak tanımlanmaktadır (18). Menopoz sürecinde fizyolojik olarak FSH seviyesindeki yükselme sonucu ovaryum folikülleri ve östrojen üretiminin azalması ve bitmesi sonucu menstrüasyon kanamalarının kesilmesi gerçekleşir (24).

Altı ay boyunca menstrüasyon olmayan kadınlarda menopoz döneminin başladığı kabul edilir. Ancak, menopoz tanısının kesin olarak konulabilmesi için, adet kanamasının en son 1 yıl önce olması gerekmektedir. Menopoz dönemi yaklaşık olarak 5-8 yıl sürmektedir (1).

Menopoz başlangıç yaşına ve oluşum biçimine göre farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır.

### **2.2.2.1 Erken Menopoz (Prematür Menopoz):**

Erken menopoz; son kanamanın 40-44 yaşları arasında olması ile tanımlanmaktadır. Herhangi bir nedenden dolayı son kanamanın 40 yaşından önce olmasına “primer over yetersizlik” veya “prematür menopoz” denmektedir (25).

Kişi birbirini takip eden 3 ay süresince adet düzensizliği yaşamışsa erken menopoz veya prematür menopoz açısından kontrol edilmelidir. Erken menopozun ve prematür menopozun görülme nedeni tam olarak bilinmese de; vücuttaki genetik bozuklukların, enfeksiyonların, otoimmün hastalıkların ve sigara kullanımının neden olabileceği tahmin edilmektedir (26).

Kemoterapi ve radyoterapi gibi nedenlerden dolayı oluşan menopoza, “indüklenmiş menopoza” olarak adlandırılmaktadır ve bu da erken menopoza nedenlerinden biridir. Radyoterapi veya kemoterapi tedavisi gören kadınlarda yumurtalıklar etkilenir. Kanserin tipi, tedavi süresi, tedavide kullanılan ilaç türü ve dozu ve radyasyonun uygulandığı bölge yumurtalıkların etkilenme derecesi ile ilişkilidir (26,27).

#### **2.2.2.2 Normal Menopoz:**

Normal menopoza; düşük östrojen seviyesi ve yüksek FSH düzeyi nedeniyle, ovaryumların bitmesi ile overyal fonksiyonları sonlanması sonucu menstrual periyotların kendiliğinde kalıcı olarak bitmesidir. 45-54 yaş aralığında bulunan kadınlarda doğal olarak normal menopoza süreci görülmektedir (28,29).

#### **2.2.2.3 Geç Menopoz:**

Geç menopoza; 55 yaş ve üzeri kadınlarda menstrual periyotların devam etmesi olarak tanımlanmaktadır(30). Geç menopoza görülmesinde genellikle genetik faktörler etkili olmaktadır. Yapılan araştırmalar, geç menopoza girmenin bazı kanser türlerinin (meme ve rahim içi kanseri) oluşma riskini arttırdığını göstermektedir (31).

#### **2.2.2.4 Doğal (Fizyolojik) Menopoz:**

Herhangi bir tıbbi tedavi veya cerrahi işlem uygulanmadan normal koşullar ile adet kanamalarının kesilmesidir. Ortalama 12 ay süresince menstrüasyon kanamalarının gerçekleşmemesi durumunda doğal menopoza gerçekleşir (32,33).

#### **2.2.2.5 Cerrahi Menopoz:**

Overin, uterusun ve fallop tüplerinin herhangi bir nedenden dolayı cerrahi ameliyat ile alınması sonucu menstrüasyonun ani ve kalıcı olarak bitmesidir. Diğer

menopoz türlerine göre aşamalı ilerleme olmadığından dolayı semptomlar daha yoğun ve ağır görülebilmektedir (34,35).

### **2.2.3 Postmenopoz Evresi**

Menopoz döneminden 1 yıl sonra başlayan ve yaşlılık döneminin sınırı kabul edilen 65 yaşına kadar devam eden dönem postmenopoz dönemi olarak belirtilmektedir(36,37). DSÖ postmenopozal dönemi, menopoz dönemi sonrasındaki 6 ila 8 yıllık süreyi kapsayan dönem olarak tanımlamaktadır (19). Bu dönemde over aktivitesi tamamen sona ermekte ve fertilitte durmaktadır (5,20). Postmenopozal dönemde; östrojen hormon seviyesindeki anlamlı düşüş, kadın bedeninde önemli fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Bu dönem semptomların en fazla görüldüğü dönemdir. Sıcak basması, çarpıntı, terleme, uykusuzluk, depresyon, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar en sık karşılaşılan semptomlardır(25,28). Menopoz döneminde başlayan semptomların, postmenopoz döneminde zamanla şiddetleri ve sıklıkları artabilir veya bu semptomlara yenileri eklenebilir (21).

### **2.3 Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler**

Menopoz yaşı; genetik, çevresel, fiziki ve sosyal faktörlerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Bunların yanı sıra; kadınların sağlık durumu, hormonal durumu ve genital faktörler de menopoza girişi etkileyen önemli unsurlardır.

**Genetik Faktörler:** Ailedeki kadınların menopoz öyküleri benzerlik göstermektedir. Ayrıca ilk menarş yaşı da önemlidir. Erken menarş erken menopoza girmede etkindir.

**Genital Faktörler:** Düzensiz adet döngüsünün, doğum sayısının, emzirme süresinin menopoza girmede etkili olduğu belirtilmektedir. Menopoz öncesi menstrual döngünün düzensiz olması erken yaşta menopoza girmeye neden olmaktadır (38).

**Fiziki ve Çevresel Faktörler:** Çevre kirliliği, radyasyona maruz kalma, spor yapma, iklim, doğal afetler menopoza yaşını etkilemektedir. Soğuk, yüksek bölgede yaşamak, doğal afet veya büyük kaza, travma geçirmek kadınların erken menopoza girmesine sebebiyet vermektedir (38,39).

**Kadının Sağlık Durumu:** Genetik hastalıklar, metabolik ve hormonal hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, beslenme alışkanlıkları, radyoterapi ve kemoterapi tedavileri menopoza yaşını etkilemektedir (40).

**Sigara kullanımı:** Sigara, menopozun erken görülmesinde önemli risk faktörlerinden biridir. Menopoz öncesi dönemde ve menopoza döneminde sigara kullanımı dolaşımdaki östrojen seviyelerinin azalmasına, östrojen reseptörü bağlanmasının değişmesine, folikül yaşlanmasının hızlanmasına ve foliküllerde azalmaya neden olmaktadır (41,42).

**Sosyal Faktörler:** Düşük eğitim durumu, düşük sosyoekonomik seviye ve kırsal kesimde yaşamak kadınların menopoza daha erken girmesine neden olabilmektedir (43).

## **2.4 Menopozun Fizyolojisi**

FSH ve LH yumurtalığın fonksiyonunu düzenleyen hormonlardır. FSH; yumurtalık foliküllerinin olgunlaşmasını sağlayan, LH ise ovülasyonu başlatan önemli hormonlardır. Östrojen, endometriumun kalınlaşmasını ve menstrual siklusun düzenlenmesini sağlayan hormondur (44).

Menopoz fizyolojisi; hormonların değişmesi ile overlerdeki foliküllerin kaybı ve fonksiyonel özelliklerinin azalmasıdır. Östrojen üretiminin azalması sonucu, hipotalamusta negatif feed-back mekanizması oluşur. Feed-back mekanizmasının oluşması ile birlikte ilk önce FSH, daha sonra LH'da yükselme meydana gelir. FSH'ın yükselmesi sonucunda foliküler faz kısalır, sonra overlerde FSH'a direnç



artar ve foliküler faz uzar. Daha sonraki dönemlerde overdeki direncin ilerlemesi ile folikül oluşumu tamamen yavaşlar ve östradiol sentezi, ovulasyonu sağlayan LH çıkısına imkan vermeyecek seviyelere iner. Böylece anovulatuvar siklus artar, adet düzensizliği gelişir veya düzensiz kanamalar görülür. Son adet kanaması bu dönemde görülür (45,46).

## **2.5 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler**

Menopoz döneminde değişen hormonlardan dolayı kadınlarda bazı semptom ve bulgular görülmektedir. Menopozal semptomlar kadınların ortalama %70-80'inde görülmektedir. Ayrıca semptom görülen kadınların yaklaşık %40'ı bu semptomları şiddetli yaşamaktadır (47). Klimaktirium döneminde östrojen ve progesteron hormonlarında azalma, bu azalmaya bağlı FSH ve LH seviyelerinde artış görülmektedir. Östrojen seviyesi genel olarak son menstrüasyondan yaklaşık 2 yıl önce düşmeye başlamaktadır ve buna bağlı olarak kadınlarda çeşitli semptomlar gözlenmektedir (48).

Menopozal dönemde görülen semptomlar kısa süreli ve uzun süreli olarak iki grupta incelenmektedir.

### **2.5.1 Kısa Süreli Değişiklikler**

Vazomotor semptomlar olarak tanımlanan sıcak basması ve gece terlemesi kadınlarda en çok görülen bulgulardır. Bu semptomların yanı sıra baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı, çarpıntı, üşüme/titreme menopoz dönemindeki kadınlarda görülebilmektedir. Sıcak basması bir diğer adıyla ateş basması menopozal dönemde en çok görülen yakınmalardan biridir. Sıcak basmalarının şiddeti kadından kadına farklılık göstermektedir. Bazı kadınlarda gözlemlenen kısa süreli değişiklikler günlük aktivitelerini etkilemeyecek şiddette görülürken, bazı kadınlarda rahatsızlık verici şiddette olup günlük aktivitelerini etkileyebilmektedir. Sıcak basmaları ortalama 1 ile

5 dakika arasında sürmektedir. Aniden ve kadını rahatsız eden sıcaklık hissi, en çok yüz ve boyun bölgelerinde görülmektedir. Sigara ve alkol kullanımı, yorucu egzersiz, kafein alımı ve beden kitle indeksi (BKİ) ateş basmasını arttırmaktadır (49,50,51,52,53).

Menopoz döneminde değişen hormon seviyeleri, azalan östrojen nedeni ile anksiyete, depresyon ve yorgunluk gibi semptomlar görülmektedir. Menopoz tek başına psikiyatrik hastalık nedeni değildir. Ancak kadınlar menopoza girmeyi; yaşlanma, güç ve doğurganlığın kaybı, cinsel çekiciliğin azalması şeklinde algılamaları sonucunda psikolojik anlamda önemli sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Ayrıca menopoz döneminde ortaya çıkan uykusuzlukta ileri dönemde psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir (26,54,55,56).

Menopoz dönemindeki uyku problemleri en yaygın görülen semptomlardan biridir. Azalan östrojen nedeniyle; total uyku süresinde, uyku derinliğinde ve REM uykusunda azalma olurken, gece uyanıklık süresinde artma olur. Ayrıca progesteron ve östrojenin serumda düşük olması üst hava yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azaltır. Böylece kadınlarda uyku apnesi ve buna bağlı horlama görülmektedir (57,58).

Menopoz döneminde azalan östrojen aktivitesine bağlı olarak bazı atrofik değişiklikler de oluşmaktadır. Atrofik değişikliklerin sonucu üreme sisteminde, üriner sistemde, saç ve deride önemli semptomlar ortaya çıkmaktadır. Östrojen üretiminin azalması ile vajinada kollojen yapı ve yağ dokusu azalmakta, sıvı kaybı artmaktadır. Bu nedenle vajina dokusu hassaslaşır, kuruluk, kanama ve yanma hissi oluşmaktadır. Oluşan semptomlar cinsel isteksizliğe neden olmaktadır. Ayrıca menopoz öncesi vajina pH'sı asit iken (4-4,5), menopoz sonrası vajina pH'sı alkali (6-8) olur. Patojen bakterilerin alkali ortamda üreyebilmelerinden dolayı menopoz

dönemindeki kadınlarda enfeksiyon oluşma riski daha fazladır. Üretranın alt kısmında kısıalma ve esneklik işlevinin azalması sonucu, idrar tutmada güçlük, sık idrara çıkma ve kesik kesik idrar yapma görülmektedir (59,60,61).

Menopoz döneminde östrojenin azalması ciltte kollajenin ve buna bağlı elastikiyet kaybına neden olmaktadır. Sonuç olarak ciltte kırışıklık, kuruluk oluşmaktadır. Östrojen, progesteron ve androjen reseptörlerinin deride bulunması nedeni ile deri, bu hormonların değişikliklerinden etkilenen bir organdır. Menopoz döneminde bozulan östrojen/androjen oranı saç dökülmesine, dudak üstünde ve çene bölgesinde istenmeyen tüylere neden olmaktadır (62,63).

Postmenopozal dönemdeki kadınların kilo alma ve obezite riski, premenopozal kadınlardan daha fazladır. Östrojen, postmenopozal dönemde kilo almayla doğrudan ilişkili hormondur. Östrojen seviyesinin düşmesi, insülin direncini tetikler ve vücut insülini daha çok kullanır. Böylece kadınlarda iştahın artmasına ve kilo alımına neden olur. Östrojen hormonun azalması ile birlikte daha çok vücutta viseral adipozitede artış görülmektedir. Viseral yağ dokusunun artması, diabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır (64,65).

### **2.5.2 Uzun Süreli Değişiklikler**

Menopoz öncesi dönemde östrojenin koruyucu etkisinden dolayı kardiyovasküler hastalıklar, erkeklere kıyasla kadınlarda daha az görülmektedir. Ancak menopoz döneminde azalan östrojenden kaynaklı kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riski artmaktadır. Östrojenin azalmasından kaynaklı kalp krizi geçirme riski ve damar sertliği artmaktadır. Yapılan araştırmalarda menopoz öncesi, kadınların erkeklere göre kalp-damar hastalıklarına yakalanma riski 2,5-4,5 kat daha az olduğunu belirtilirken, menopoz sonrası bu farkın azaldığını ve ortalama 10 yıl sonra erkek ve kadınların aynı riski taşıdığı gözlemlenmiştir. Bunun dışında; sigara

ve alkol kullanımı, fazla kilo, kötü beslenme, az fiziksel aktivite, genetik yatkınlık ve diyabet kalp-damar hastalıklarının görülmesinde önemli risk faktörleridir. Östrojenin lipit metabolizması üzerinde de önemli etkileri vardır. Menopoz ile östrojenin azalması lipit metabolizmasındaki değişikliklere neden olmaktadır. Özellikle High Density Lipoprotein (HDL) seviyelerindeki azalma, Low-Density Lipoprotein (LDL), total kolesterol ve trigliserid seviyelerindeki artış kardiyovasküler hastalıkların oluşmasında rol oynamaktadır (24,61,66,67).

Menopoz döneminde uzun vadede görülen değişikliklerden biri de kemik yapısında meydana gelmektedir. Postmenopozal dönemde oluşan osteoporoz, tip 1 osteoporoz olarak adlandırılmaktadır. Kadınlar, postmenopozal dönemin yaklaşık ilk 20 yılında kemik kütlelerinin ortalama %75'ini kaybederler. Kemik kütlesi kaybının en önemli nedeni vücuttaki östrojen eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Osteoblast ve osteoklastlarda östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Bu nedenle östrojen, kemik hücrelerinin yapımını arttırmaktadır. Postmenopozal dönemde, östrojen ve progesteron hormon seviyelerindeki azalma sonucu osteoblastik ve osteoklastik aktivite arasındaki denge bozulur. Bu nedenle kalsiyum emilimi azalır ve kemik hücrelerinin yapım ve yenilenme mekanizması bozulur.

Menopozal osteoporozun (tip-1 osteoporoz) başlama ve ilerleme hızını etkileyen başka faktörler de vardır. Bunlar;

- Menstrüasyonun geç başlaması,erken bitmesi
- Doğum yapmamak
- Egzersiz yapmamak
- Günlük beslenmede yetersiz kalsiyum ve D vitamini alımı
- Yetişkinlik döneminde romatoid artrit ve kemik kırığı yaşanması
- Fazla kafein, alkol ve sigara kullanımı

- Heparin, kolestramin kullanımı
- Tiroid hormon seviyesinin artması (68,69,70).

## **2.6 Menopoz Döneminde Tedavi**

Menopoz döneminde görülen semptomların en önemli nedeni vücuttaki östrojen seviyesinin düşmesidir. Oluşan semptomları azaltmak ve östrojen seviyesini düzenlemek için hormon tedavileri veya alternatif tedaviler uygulanmaktadır.

### **2.6.1 Hormon Tedavisi**

Menopoz döneminde görülen semptomlar hormon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu yüzden kadınlara menopoz döneminde uygulanan hormon tedavisindeki amaç azalan hormon seviyelerine takviye yapmaktır. Hormon tedavisinde östrojen veya östrojen+progesteron içeren preparatlar kullanılmaktadır. Hormon tedavisinin olumlu etkilerinin yanında bazı olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Bu nedenle kişiye tedavi öncesi olası etkiler anlatılmalı ve kişiye özgü en uygun tedavi ve süresi planlanmalıdır. Tedaviye genellikle en düşük dozla başlanarak, tedavinin yanıtına göre devam edilmelidir (1,2,32).

Östrojen ve progesteron tedavisi uygulanan kadınlarda meme kanseri oluşum riski düşünülerek tedavi süresi 3-5 yıl, sadece östrojen tedavisi uygulanan kadınlarda 7 yıl olarak daha sonrasında ise yarar-zarar durumuna bakılarak 10 yıla kadar uzatılabilmektedir (71).

Hormon tedavisinin olumlu etkileri;

- Osteoporozu karşı koruyucu etkisi,
- Kardiyovasküler hastalıkların oluşum riskini azaltması,
- Genital sistemi güçlendirmesi,
- Vajinal sorunları azaltması,
- Deride görülecek değişiklikleri azaltması (72, 73).

Hormon tedavisinde görülebilecek yan etkileri;

- Meme kanseri ve rahim içi kanseri (endometrial karsinoma) oluşum riski,
- Hipertansiyon ve safra taşı oluşum riski,
- Tromboembolik hastalıklarda artmıştır (74,75).

### 2.6.2 Alternatif Tedavi

Menopoz döneminde uygulanan hormon tedavisinde oluşan risklerden dolayı alternatif olarak fitoöstrojen içeren bitkisel ürünler kullanılmaktadır. Fitoöstrojenler, endojen benzeri aktivite gösterirler ve bitkisel kaynaklıdır. Yapılan çalışmalar; fitoöstrojen içeren ürünlerin menopozal dönemdeki kadınlarda östrojen seviyesinin düşmesi ile ortaya çıkan semptomların şiddetini ve sıklığını azalttığını göstermektedir. Fitoöstrojen sınıflandırılmasında en önemli gruplar; izoflavonlar ve lignanlardır. İzoflavonlar soya fasulyesi, nohut, kırmızı yonca ve diğer baklagillerde (fasulye ve bezelye) bulunur. Lignanlar ise, keten tohumu gibi yağlı tohumlar, tahıl kepeği, tam tahıllar, sebzeler, baklagiller ve meyvelerde bulunur (76,77,78).

Yapılan çalışmalar sonucunda menopoz döneminde sık kullanılan ve yararlılığı görülmüş bitkiler şu şekildedir;

- Sıcak basması için; adaçayı, aslan kuyruğu
- Uykusuzluk ve gece terlemesi için; çarkifelek meyvesi, lavanta, kava kava
- Kardiyovasküler hastalıklar için; aslan kuyruğu, alıç, limon balsamı, siyah yılan kökü
- Depresyon ve anksiyete için; morsalkım, sarı kantaron
- Vijanal sorunlar için; meyan kökü, aynısefa bitkisi, kırmızı yonca (79).

## 2.7 YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi terimi ile ilgili birçok farklı tanım ve yaklaşım vardır. DSÖ yaşam kalitesini; “kişinin, hem yaşadığı toplumun kültürel yapısı ve değerleri kapsamında, hem de kişisel amaçları, standartları, beklentileri ve endişeleri bakımından, yaşam ile ilgili kişisel algı” olarak tanımlamaktadır (80). Yaşam kalitesi terimi için bir başka tanım ise; bireyin yaşamdan zevk alması, genel sağlık durumunun iyi olması, bireysel ve toplumsal ilişkilerinin güçlü olması ve ekonomik durumunun belirli düzeyde olması olarak belirtilmektedir (81).

### 2.7.1 Menopoz ve Yaşam Kalitesi

Menopoz, kadınların hormonal, psikolojik ve fizyolojik değişim yaşadığı bir dönemdir ve azalan östrojen hormonuna bağlı olarak kadınlarda bazı semptomlar ve yeterli sağlık bakımı alamadıklarında çeşitli hastalıklar görülebilmektedir. Sıcak basması, gece terlemesi, uyku bozukluğu, kas-eklem ağrıları, yorgun/halsiz hissetme, baş ağrısı, boyun ağrısı gibi durumlar menopoz döneminde en çok bildirilen şikayetlerdendir. Bunlar, menopoz dönemi ile başlayan, kadın sağlığını etkileyen ve kadınların yaşam kalitesinin azalmasına neden olan etkenlerdir. Gün içerisinde yaşanan sıcak basması, terleme, uyku problemleri kadınlarda sinirlilik, yorgunluk, günlük aktivitede azalmaya neden olup, sosyal yaşantıyı önemli derecede etkilemektedir. Ayrıca; yaşın, sigara kullanımının, fiziksel aktivite durumunun, BKİ'nin ve toplumun menopoz hakkındaki düşüncesinin menopoza özgü yaşam kalitesinde etkili olduğu görülmüştür(82,83). Menopoz dönemindeki kadınların fizyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal hayatının tam iyilik halinde olması oldukça önemlidir. İyi bir yaşam kalitesinin sağlanması için oluşabilecek sağlık sorunlarının bilinmesi ve önlenmesi gerekmektedir (84).

Menopoz semptomları ve şiddetini etkileyen birçok faktör kadınların yaşam kalitelerini de etkilemektedir. Sigara, alkol ve beslenme gibi faktörler yaşam kalitesinde etkili faktörlerdir.

Menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Kadın Sağlığı Anketi (Women's Health Questionnaire-WHQ), Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Menopause Quality of Life Scale- MQOL), Menopozun Sağlık Durumu Sınıflandırması ve MENCAV ölçeği (Validation of Menopause Quality of Scale: The MENCAV Scale) (85).

## **2.8 Menopoz ve Beslenme**

Menopoz ve postmenopozal dönemde hem semptomların kontrolü, hem sağlık hem de yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde beslenme önemli rol oynamaktadır. Menopoz döneminin başlamasıyla vücut metabolizmasında değişimler olmaktadır. Bu dönemde lipit metabolizması, kemik metabolizması ve dolaylı olarak karbonhidrat metabolizması hormonal değişikliklerden etkilenmektedir (86,87).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte bazal metabolizma hızındaki azalma, hormon seviyelerindeki değişim ve fiziksel aktivitenin azalması ile vücut ağırlığında artış görülmektedir. Östrojen seviyesindeki düşüş, vücudun daha fazla insülin üretmesine ve buda insülin direncine neden olmaktadır. Bunun sonucunda iştaha artma ve vücut ağırlığı artışı meydana gelmektedir. Yağlanma daha çok karın bölgesinde artmakta, postmenopozal dönemde kadınlarda yaygın olarak android vücut tipi görülmektedir (88,89).

Postmenopozal dönemde bağırsak mukoza atrofisi, mide sekresyonunda azalma ve gastrik reflü oluşumu görülmekte olup, bu durum konstipasyon ve gastrointestinal sistemde yavaşlamaya neden olmaktadır. Menopoz döneminde



bağırsak problemlerinin artması sonucu hemoroit şikayetlerinde de artış bildirilmiştir (2).

Menopoz döneminde hem hormon kaynaklı metabolizma değişikliğinde dolayı hem de yaşlanmaya bağlı vücut için gerekli besin, vitamin ve mineral miktarlarında farklılıklar görülmektedir. Ayrıca bu dönemde, kadınlar menopoz dönemi öncesi ile aynı enerjiyi almalarına rağmen, vücut ağırlıklarında artış olmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda, menopozal dönemde kadınlarda yılda ortalama 0,5 kg vücut ağırlık artışı görülmektedir (86,87).

Hayatın her döneminde olduğu gibi menopoz döneminde de kırmızı et ve doymuş yağların fazla tüketilmemesine dikkat edilmelidir. Bilindiği üzere, fazla miktarda tüketilen doymuş yağ, trigliserit, total kolesterol ve LDL'nin artmasına neden olmaktadır. Menopoz döneminde toplam kolesterol miktarı günde 100 mg'ın üzerine çıkmamalıdır. Ayrıca sağlıklı beslenme ilkelerine de dikkat edilip diyetle alınan günlük enerjinin %25'ten fazlası yağdan olmamalıdır. Toplam yağın içeriğine de bakılıp doymuş yağın %7'yi geçmemesi gerekmektedir (90).

Menopozal dönemde besin çeşitliliğine dikkat edilmeli, dört besin grubunun da dengeli tüketilmesi sağlanmalıdır. Bunun yanında kadınların yeterli vitamin ve mineral desteği de alması gerekmektedir (10,91).

### **2.8.1 D Vitamini**

D vitamini, yağda çözünen, karaciğerde ve yağ dokuda depolanan bir vitamindir. Bu vitamin, vücuda dışarıdan takviye edilerek veya vücuttaki ön ögenin güneş ışınları ile vitamin D'ye çevrilmesiyle alınabilmektedir. D vitamini yiyeceklerde çok az miktarda bulunmaktadır (92).

Vitamin D'nin kemik metabolizmasında önemli etkileri vardır. Bunlardan en önemlisi, kalsiyumun barsaktan emilimini arttırmasıdır. Vücutta yeterli vitamin D

olduğunda alınan kalsiyumun %30-40'ı emilmektedir. D vitamini, kemik ve böbreklerden kana kalsiyum taşımada ve böbreklerden kalsiyumun geri emiliminin arttırmasında da rol oynamaktadır. Tüm bu etkiler göz önünde bulunduğunda, aslında vitamin D'nin osteoporozda önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Ayrıca D vitamininin insülin salınımını arttırdığı, hücre farklılaşması ve çoğalmasında etkin olduğu, kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olduğu da bilinmektedir (93,94).

Menopoz dönemindeki kadınlarda, D vitamininin deride sentezi, barsaktan geri emilimi ve vücuttaki vitamin D reseptörleri azalmaktadır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte D vitamini yetersizliği %80'lere kadar çıkmaktadır. Vitamin D eksikliği nedenleri olarak; diyetle eksik alım, emilim problemleri, güneşe çıkmama, mevsim faktörü ve ten rengi belirtilmektedir (94). Ayrıca D vitamini kalsiyum homeostazi, hücre proliferasyonu ve farklılaşmasında rol alan hormonlar için gerekli bir vitamindir. Bundan dolayı D vitamini yetersizliği pek çok hastalık ve kemik metabolizması ile ilişkilidir (93).

Menopoz dönemi kadınlarda D vitamini alımı günlük 400-600 IU yeterli kabul edilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar sonucu, son yıllarda D vitamini yetersizliğinin artması ile günlük 600-800 IU vitamin D alımı da önerilmektedir (92,95).

### **2.8.2 E Vitamini**

İnsan vücudunda E vitamini bütün dokularda bulunmaktadır. Bundan dolayı vücudumuzdaki birçok organın düzgün olarak çalışmasında etkilidir. E vitaminin vücuttaki en önemli katkısı antioksidan olmasıdır. Antioksidan görevi sayesinde kadın sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca, oksidasyon stresi azaltıp,

hücrelerde genetik hasarların oluşumunu önleyerek, nörolojik hastalıklardan ve kanserden korumaktadır (92).

Kadınların psikolojik sağlığı açısından dış görünüşleri oldukça önemli olup, yaşam kalitelerini etkileyen bir faktördür. E vitamini; cildin nem dengesinin korunmasında, yara ve yanık izlerinin iyileşmesinde, kırışıklıkların önlenmesinde önemli rolü vardır (92).

Menopoz döneminde yeterli E vitamini alımının; sıcak basması, vajinal kuruluk, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, sinirlilik, çarpıntı gibi semptomların azalmasında etkisi bulunmaktadır (96).

### **2.8.3 Kalsiyum**

Yetişkin insan vücudunda ortalama 1000-1200 gram kalsiyum bulunmaktadır. Bu kalsiyumun %99'u da kemik ve dişlerde yer almaktadır (92). Otuz yaş itibari ile kemikteki yıkım yapımdan daha fazla olmaya başlar. Menopoz ile birlikte değişen hormonların da etkisiyle kemik yıkım hızı artmaktadır.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte vücutta kalsiyum emilimi azalmaktadır. Menopozal dönemde kadınlarda ortalama her yıl %21 oranında kalsiyum emilimi azalmaktadır. Postmenopozal dönemde görülen osteoporozun asıl nedeni, idrar ile birlikte kalsiyum kaybının fazla olmasıdır. Menopoz döneminde, idrar ile kalsiyum kaybı 28 mg olup, bunun sonucunda osteoporoz görülmektedir. Bu dönemde osteoporoz oluşma riskini engellemek için kalsiyumun yeterli alınmasına dikkat edilmelidir (91,97).

Kalsiyum için günlük alım miktarı; premenopozal dönemdeki kadınlarda 1000 mg, östrojen tedavisi almayan postmenopozal dönemdeki kadınlarda ise 1500 mg olması gerekmektedir (98).

#### **2.8.4 Sodyum**

Sodyum, sinir ve kas sisteminde, sıvı-elektrolit dengesinde, hücresel aktivitenin korunmasında ve kan basıncının kontrolünde görevi olan bir mineraldir. Günlük alınan fazla sodyum miktarı, idrarla atılan kalsiyum ve sodyum da artışa neden olmaktadır. Normal bir diyet ile günlük alınan sodyum miktarı 3-7 g arasındadır. Eğer kişinin herhangi bir sağlık sorunu yok ise; günlük tuz alımının 5 gramı geçmemesi önerilmektedir. Sodyum için güvenilir alım düzeyi günlük 2.4 gram olarak belirlenmiştir. Ancak, menopoz sonrası yaşın da ilerlemesi ve buna bağlı oluşabilecek sağlık sorunları da göz önünde bulundurularak günlük sodyum miktarı kişiye özel belirlenmelidir (92).

#### **2.8.5 Demir**

Sağlıklı yetişkin bir kadının vücudunda ortalama 3-5 gram demir bulunmaktadır. Menopoz öncesi her ay düzenli menstrüasyon ile kadında kan kaybı olmakta ve erkeklere kıyasla demir ihtiyacı daha fazla olmaktadır. Ancak menopozal dönemin başlaması ile menstrüal kanamaların kesilmesi sonucu kadında demir gereksinmesi azalır. Kadınların menopoz öncesi dönemde günde 16 mg, postmenopozal dönemde ise günde 11 mg demir gereksinimleri vardır (99).

#### **2.8.6 Folik Asit**

Folik asit; folatın sentezlenmiş şekli olup, suda eriyen B grubu vitaminlerindendir. Nükleik asitlerin sentezinde ve homosistein aminoasidinin metionine dönüşümünde görev almaktadır(100). Menopoz döneminde folik asit gereksinmesi günlük 330 mcg olarak belirtilmiştir (92,99).

Yapılan çalışmalarda, postmenopozal dönemdeki kadınlara folik asit takviyesinin plazma homosistein seviyesini azalttığı gösterilmişken, kadınların

kardiyovasküler sağlığında düzelme, HDL kolesterolünde artış, LDL kolesterol ve toplam kolesterolde azalma olduğu saptanmıştır (101,102).

## **2.9 Uyku**

### **2.9.1 Uykunun Tanımı**

Uyku, kişinin bilinç durumunun ses, ışık, sıcaklık gibi çevresel uyarılanlarla geri dönebilen, tekrarlanan, uyanıklık haline göre dış uyaranlara karşı yanıt eşiğinin daha az olduğu ve her türlü fiziksel aktivitenin en az düzeyde olduğu fizyolojik durum olarak tanımlanmaktadır (14).

Uyku, hayatta kalmak için zorunlu, insan yaşamının 3'te 1'ini kapsayan ve beslenme kadar gerekli bir davranıştır (103). Uyku, sağlık için temel bir biyolojik süreçtir ve bireylerin zihinsel sağlığını, fiziksel ve sosyal davranışlarını düzenlemeye yardımcı olur. Sağlıklı uyku, yeterli süre, düzenli zamanlama ve verimli performanstan oluşur (104). Ayrıca sağlıklı uyku, görev performansını ve fiziksel aktivite sonrası iyileşmeyi, bilişsel performansı ve ruh halini iyileştirir, yorgunluğu azaltır ve dinçliği arttırır. Bundan dolayı uyku, bireyin yaşam kalitesini, bedensel ve ruhsal iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak kabul edilmektedir (105).

Menopoz döneminde yaşın da etkisi ile toplam uyku süresi azalır ve uyku yzeyssel olur. 45 yaş sonrasında 7 saat uyku normal kabul edilirken, 60 yaş üzerindeki kadınlarda ek olarak derin uyku süresinde azalma görülmektedir (106).

### **2.9.2 Sirkadiyen Ritim**

Sirkadiyen; circa "yaklaşık" ve dies "gün" anlamındaki Latince sözcüklerin birleşiminden oluşmuş olup, ortalama bir günü belirtmek için kullanılan bir terimdir. İnsanda sirkadiyen ritim, uyku-uyanıklık döngüsünün, en önemli belirleyicisidir (107). Sirkadiyen ritim, insanlarda gün boyunca tüm fizyolojik ve davranışsal

değişiklikleri içermektedir. Bu değişiklikler; uyku-uyanıklık döngüsü, açlık-tokluk durumu, vücut ısı regülasyonu ve gastrointestinal, kardiyovasküler, solunum, metabolik sistemlerdir(108). İnsanlarda sirkadiyen süresi ortalama 24 saat arasında kendini tekrarlamaktadır. Sirkadiyen ritim, beyinde bulunan hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeği (SCN) tarafından düzenlenmektedir (109).

Işık, sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisidir. Ayrıca sosyal ve fiziksel aktivitelerde ritmin düzenlenmesinde rol alırlar. Uykuda önemli yeri olan melatoninin, sentezi ve salınımı akşam saatlerinde (21:00-23:00) karanlıkta uyarılmakta, gündüzleri ise ışık varlığında baskılanmaktadır. Ancak gece saatlerinde ışığa maruz kalındığında, vücutta melatonin sentezi ve salınımında azalma meydana gelmektedir (110).

Sirkadiyen ritim; ışık, melatonin, jet lag, vardiyalı çalışma sistemi (shift work) gibi faktörlerden etkilenmektedir (111). Beslenme, sirkadiyen ritmi etkileyen en önemli çevresel faktörlerdendir (112). Besinlerin tüketim zamanı ve diyetin içeriği karaciğer ve bağırsak sirkadiyen saatlerini önemli ölçüde düzenlemektedir (113). Yapılan araştırmalarda, yağ içeriği yüksek diyet ile beslenen kişilerin gastrointestinal sistemdeki periferik sirkadiyen ritmi, alkol tüketiminin ise merkezi sirkadiyen ritmi bozduğu bildirilmiştir (114).

Sirkadiyen ritimdeki bozukluklar iştah metabolizmasını etkilemektedir. Normal sirkadiyen ritimde leptin hormon düzeyi uyanıklık durumunda düşük, uyku durumunda ise yüksektir. Ancak, sirkadiyen ritimdeki aksaklıkların leptin hormon seviyesinde azalmaya, ghrelin hormon seviyesinde artmaya neden olduğu, bunun sonucunda da iştah ve vücut ağırlığında artışa sebebiyet verdiği bilinmektedir (115,116).

### 2.9.3 Uyku Evreleri

Uyku, hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (NREM- Non-Rapid Eye Movement) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (REM- Rapid Eye Movement) olarak iki ana evreden ve gece içinde değişen süre ve aralarla birbirini tekrar eden 5 evreden oluşur. Bu evreler; beyinden iletilen elektrik akımlarını kaydeden elektroensefalografi (EEG), kas tonusunu kaydeden elektromiyografi (EMG) ve göz hareketlerini kaydeden elektrookülografi (EOG) ile incelenebilmektedir (117). Normal yetişkin bir bireyde uykunun ilk yarısında NREM uykusu, ikinci yarısında REM uykusu görülmektedir (118).

#### 2.9.3.1 NREM

Genellikle uykunun ilk saatlerinde görülen NREM uykusu; derin, bedensel dinlenmenin ve yenilenmenin olduğu uyku olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda NREM uykusu, rüyasız uyku veya yavaş dalga uykusu olarak da bilinmektedir. Kişiler NREM uykusunda rüya görse bile hatırlamazlar (117).

NREM uykusu 4 evreden oluşmaktadır. Her evre 5-15 dakika arasında sürmekte ve toplamda 90-120 dakikadan oluşmaktadır (119).

**a) Birinci Evre:** Uyanık durumdan uykuya geçiş evresidir. Bu evrede kişi yarı uyku durumundadır ve dış uyaranlar ile uyandırılabilir. Toplam gece uykusunun %2-5'ini oluşturmaktadır (120).

**b) İkinci Evre:** Uykunun daha derin gerçekleştiği evredir. Bu evrede göz hareketleri azalır, solunum ve kalp atışı yavaş yavaş azalmaya başlar ve vücut ısısı düşer. Toplam gece uykusunun %40-50'sini oluşturmaktadır (121).

**c) Üçüncü Evre:** İkinci evreye kıyasla daha derin uyku evresidir. Bireyi bu evrede uyandırmak için etkili ve güçlü uyarıcı gerekmektedir. Bu evrede kalp atışı oldukça yavaş, vücut ısısı düşük, kaslar gevşek durumdadır. Ancak üçüncü evrede

vücutta protein sentezi artmaktadır. Toplam gece uykusunun %10'unu oluşturmaktadır (117,121).

**d) Dördüncü Evre:** En derin ve esas uykunun olduğu evredir. Bireyi uyandırmak oldukça zordur. Bu evrede oksijen tüketimi, solunum hızı, kalp atışı ve vücut ısısı normal sınırların altındadır. Dördüncü evrede büyüme hormonu (somatotropin) salgılanmaktadır (122).

### **2.9.3.2 REM**

Uykunun ikinci ana evresini REM uykusu oluşturmaktadır. Uykunun başlaması ile birlikte ortalama 90 dakika sonra NREM evresinden REM evresine ilk geçiş olmaktadır. Daha sonra belli aralıklar ile bir gecede 3-5 REM uyku evresi görülmektedir. Toplam gece uykusunun %15-25'ini oluşturmaktadır. REM uyku süresi yaş ilerledikçe azalmaktadır. Rüyaların %80'i REM evresinde görülmektedir. REM evresinde, vücutta kalp atış hızı, solunum sayısı, gastrik sekresyon ve vücut sıcaklığı artmaktadır. Ruhsal dinlenme REM döneminde gerçekleşmektedir (14,123).

### **2.9.4 Uykunun İşlevi ve Gereksinimi**

Uyku, hem sağlıklı yaşam için hem de bedenin ruhsal ve psikolojik olarak yenilenmesi için gerekli fizyolojik bir durumdur (124). Bundan dolayı uyku bireylerin, yaşam kalitesinin ve sağlık durumunu etkileyen önemli sağlık değişkenidir(24). Uyku süresini ve kalitesini etkileyen faktörler; fiziksel durum, fizyolojik metabolizma, egzersiz durumu, yaş, cinsiyet ve günlük iş durumudur. Bireylerde yaş ilerledikçe, uyku bölünmelerinde artma, toplam gece uyku ve derin uyku süresinde azalma görülmektedir. Sağlıklı erişkin birey için günlük 7-8 saatlik uyku süresi yeterli kabul edilmektedir. Ancak, özellikle 45 yaş üzerindeki bireylerde bu süre 7 saat olarak belirtilmektedir. Bununla birlikte, 60 yaşın üzerindeki



bireylerde NREM uyku evresi önemli derecede azalmakta olup, buna bağı olarak bedensel yorgunlukları artmaktadır (125).

Uyku, bireylerin fiziksel, ruhsal ve zihinsel olarak yenilenmesini sağlamaktadır. Bu nedenle uykusuzluk; yorgunluk, sinirlilik hali, konsantrasyon güçlüğü, hastalık oluşumu, günlük aktivitelerde zorlanma gibi durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (126).

Geçmişte pasif bir süreç olarak kabul edilen uyku, günümüzde dinamik bir durum olarak tanımlanmaktadır. Beyinde uykuda etkili bölgeler; ponsun alt yarısı ve medulla oblongatadaki rafe çekirdeğidir. Buradan çıkan lifler retiküler formasyon ve yukarıya doğru talamus, neokorteks, hipotalamus ve limbik sistemin birçok alanına yayılır. Liflerin ucundan serotonin hormonu salgılanmaktadır. Serotonin hormonu, uyku oluşumunda temel transmitterdir. Dopaminerjik nöronlar uyanıklık sürecinde rol oynamaktadırlar. Noradrenerjik ve kolinerjik maddelerle çalışan sistemler uyanıklık ve REM uykusundan sorumludurlar (127).

### **2.9.5 Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Bireylerde sağlıklı uyku tanımı içerisinde uyku kalitesi de oldukça önemli bir yere sahiptir. Uyku kalitesi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında; cinsiyet, yaş, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, alkol bağımlılığı, ilaç kullanımı yer almaktadır (128).

**Cinsiyet:** Yetişkin genç kadınlar, aynı yaş grubundaki erkeklere kıyasla daha kaliteli uyku uyumaktadır. Fakat yaş ilerledikçe değişen fizyolojik durumlara bağı olarak, kadınlar erkeklerden daha fazla uyku problemi yaşamaktadır (117).

**Yaş:** Yaşa bağı olarak bireylerin uyku gereksinmesi değişmektedir. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde uyku süresi daha uzunken, yaş ilerledikçe uyku süresinde

kısaltmalar meydana gelir. Ayrıca yaşlanma ile birlikte uyku bölünmeleri ve uykuya dalma süresi artmaktadır (129).

**Fiziksel Aktivite:** Gün içerisinde düzenli egzersiz yapmanın uyku süresini arttırdığı, uykuya geçişi kolaylaştırdığı ve derin uyku süresini arttırdığı belirtilmektedir. Ancak gün içerisinde yüksek enerji harcayan egzersiz yapmak uykuda bozukluklara neden olmaktadır. Uyku zamanına yakın yapılan egzersizin, stres etkisi oluşturduğu ve derin uyku süresini azalttığı görülmektedir. Uyku kalitesini arttırmak için yapılan egzersizde en uygun zaman öğleden sonra veya akşam saatlerine yakın zamanlardır (117).

**Beslenme:** Bireyin beslenme alışkanlıklarının uyku kalitesi üzerinde önemli etkileri vardır. Karbonhidrat içeriği yüksek besinlerin tüketimi bireylerde uykuluğu arttırdığı, protein içeriği yüksek besinlerin tüketimi ise uyanıklığı arttırdığı gözlenmektedir. Uyku saatinden önce yüksek enerjili, yağlı besin tüketilmesi ise sindirim sistemini harekete geçirerek uykuda bozulmaya neden olmaktadır (130). Süt ve süt ürünlerinin içeriğindeki serotonin salgılayıcı L-triptofan, az da olsa uykuyu artırıcı etkiye sahiptir (131).

**Kafein:** Kafeinin merkezi sinir sistemini uyararak uyanıklığı arttırdığı bilinmektedir. Uyku saatinden 30-60 dakika öncesinde kafein içeren besin veya içecek alımı (çay, kahve, kola, çikolata, enerji içecekleri vb.) uykuya geçişi zorlaştırdığı, uyanıklığı arttırdığı, derin uyku ve toplam uyku süresini azalttığı görülmüştür (132).

**Sigara Kullanımı:** Nikotinde kafein gibi merkezi sinir sistemini etkilemektedir. Sigara kullanımı fizyolojik uyarılmaya (kan basıncında, kalp hızında artmaya) neden olup, uykuya geçişi ve uyku kalitesini kötüleştirir (133).

**Alkol Bağımlılığı Ve İlaç Kullanımı:** Bireylerin kullandığı bazı ilaçlar uyku problemlerine neden olmakta ve uyku kalitesini etkilemektedir. Özellikle; antidepresan, antihistaminik, steroid ve astım ilaçları REM uykusunda değişikliğe neden olurlar. Sedatif ilaç kullanan bireylerde iş gücünde azalma görülmektedir. Ancak benzodiazepin ve hipnotik ilaç kullanımı uyku evresinin uzamasına, ilacın bırakılması da uykusuzluğa neden olmaktadır (134).

Uyku öncesinde alkol alınması uykuya geçişi kolaylaştırırsa da, uykuda bölünmelere ve kısalmalara neden olmaktadır. Alkol alımı REM uykusunu etkilediği için kabuslarda artmaktadır (135).

**Çevresel Faktörler:** Gürültü, ortamın aşırı sıcak veya soğuk olması, uyku partnerinin horlaması gibi etkenler uykuya geçişi zorlaştırmakta, uyku kalitesini bozmakta ve gece boyunca sık sık uyanmalara neden olmaktadır. Kaliteli bir uyku için bireyin alışık olduğu ortamın olması, yatağın konforu, ortamın ısı ve ışık durumu oldukça önemlidir. İyi ve kaliteli uyku için en uygun ortam sıcaklığı 18°C olarak tavsiye edilmektedir (136).

### **2.9.6 Menopoz ve Uyku**

Genel olarak uyku, yaşlanma ile birlikte kötüleşen bir durumdur (137). Premenopoz ve menopoz dönem boyunca kadınların yaklaşık olarak %40 ile %60'ı uykusuzluk veya uyku bozukluğu gibi durumlar yaşamaktadır. 45 yaş ve üzeri menopoz dönemindeki kişilerde günlük yedi saatlik uyku normal olarak kabul edilmektedir. Kötü uyku olarak tanımlanan uyku bozukluğu, menopoz dönemindeki kadınların en önemli sağlık problemi olarak belirtilmektedir. Menopoz döneminde ortaya çıkan değişiklikler; yaşlanma, stres, psikolojik faktörler, hormonal değişiklikler, sağlık problemleri ve kültürel farklılıklar uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (103). Yapılan çalışmalar sonucunda, menopoz döneminde özellikle

gece terlemesi ve sıcak basması semptomları olan kadınların uyku bozukluğunu daha sık yaşadığı belirtilmiştir (138).

Menopoz döneminin başlaması ile birlikte vücuttaki östrojen miktarında önemli ölçüde azalma meydana gelmektedir. Bu azalmanın bir sonucu olarak serotonin metabolizması yavaşlamaya başlar. Serotonin metabolizması uykunun düzenlenmesinde önemli role sahiptir. Ayrıca östrojenin REM aşamalarının hem uzunluğunu hem de sayısını arttırdığı bilinmektedir. Östrojenin vücutta azalması ile birlikte menopoz dönemindeki kadınların uykuya dalma süresi uzamakta ve REM uyku miktarı kısılmaktadır (137).

Menopozal dönemde ortaya çıkan uyku bozuklukları tedavisinde hormon tedavisi, farmakolojik tedaviler (örn: benzodiazepinler (BZ), benzodiazepin reseptör agonistleri, antidepresanlar, antipsikotikler ve melatonin), farmakolojik olmayan tedaviler (örn: yoga, akupunktur, beslenme tedavisi vb.) ve bilişsel davranışçı terapi yolları kullanılmaktadır (139).

## Bölüm 3

### BİREYLER VE YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Kasım 2019- Aralık 2020 tarihleri arasında KKTC'nin Gazimağusa ilçesinde ikamet eden menopoza girmiş, çalışmaya gönüllü olarak katılan 183 kadın ile yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilen kadınlara uygulanan anket formu, yüz yüze görüşme yolu ile uygulanmıştır.

Bu çalışma Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 08.11.2019 tarih ve 2019/25-06 sayılı kararı doğrultusunda "Etik Kurul Onayı" almıştır. (Ek A)

#### 3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Gazimağusa'da ikamet eden menopoza girmiş kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenine dahil olacak toplam kişi sayısı bilinmediğinden ötürü, evreni temsil edecek yeterli sayıda kişiye ulaşmak için evreni bilinmeyen örneklem sayısı formülü kullanılmıştır. Evreni bilinmeyen örneklem formülüne göre %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hatası ile 384 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak pandemi sebebi ile hedeflenen sayıya ulaşamamış ve örneklem sayısı 183 (38-65 yaş) ile sınırlandırılmıştır. Araştırmaya menopoza girmiş, gönüllü olan ve Gazimağusa'da yaşayan bireyler dahil edilirken, menopoza girmemiş ve Gazimağusa dışında yaşayan bireyler dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylerden onam izni alınmıştır.

### **3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri**

Bu çalışma betimsel bir çalışmadır. Çalışmada, “anket ve teke tek görüşme yolu ile bilgi toplama” teknikleri kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama yolu olarak, çalışmanın amacına göre geliştirilen anket formu kullanılmıştır (Ek B). 7 bölüm ve toplam 91 sorudan oluşan anket formu literatür taramaları sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Anket formu kadınların genel bilgilerini, menopozal durumlarını, beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgilerini, antropometrik ölçümlerini, 24 saatlik besin tüketimlerini, uyku kalitelerini ve yaşam kalitelerini sorgulamaktadır.

Anket formu örneklemdaki kadınlara araştırmacı tarafından elden ulaştırılmış ve katılımcılara araştırmanın gizliliği ve kişisel bilgilerin paylaşılmayacağı konusunda bilgi verilmiştir.

#### **3.3.1 Genel Bilgiler**

Çalışmamıza katılan kadınlara uygulanan anket formunun genel bilgiler bölümünde, bireylerin yaş, medeni halleri, eğitim seviyeleri, çalışma durumları, düzenli egzersiz yapma durumları, spor türü ve spor yapma süreleri sorgulanmıştır.

#### **3.3.2 Menopozal Durum**

Kadınlara uygulanan anket formunun bu bölümünde, bireylerin menopoz durumları, menopoza giriş nedenleri, menopoz ile ilgili tedavi ve bilgilerinin sorgulandığı sorular yer almaktadır.

#### **3.3.3 Temel Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler**

Anketin bu bölümünde katılımcıların, temel beslenme alışkanlıklarına ilişkin durumlarının sorgulanmıştır. Bu bölümde kadınların kaç öğün tükettiklerini, öğün atlama durumlarını, öğün atlama nedenlerini sorgulayan sorular yer almaktadır.

Ayrıca kadınların çay, kahve, su, alkol ve sigara kullanma durumlarında sorgulanmıştır.

### **3.3.4 Antropometrik Ölçümler**

Bu bölümde araştırma kapsamındaki kadınların, vücut ağırlıkları, boy uzunlukları, bel ve kalça çevresi ölçümleri alınıp, Beden Kitle İndeksi (BKİ), bel/kalça oranı ve bel/boy oranları hesaplanmıştır.

#### **3.3.4.1 Vücut Ağırlığı**

Bireylerin vücut ağırlıklarını ölçmek için, 0.5 kg'a duyarlı tartı aleti kullanılmıştır. Ölçümleri alınırken katılımcıların kıyafetlerinin ince ve ayakkabısız olmasına dikkat edilmiştir. Vücut ağırlığı ölçümü sırasında bireylerin en az 4 saatlik açlık durumunda olmasına ve dışkılama sonrası ölçümün yapılmasına özen gösterilmiştir (140).

#### **3.3.4.2 Boy Uzunluğu**

Araştırmaya katılan kadınların boy uzunluğu, esnemeyen mezura ile ölçülmüştür. Ölçümün doğru olarak yapılması için katılımcıların dik pozisyonda, frankfort düzleminde (kulak kanalının orbita-göz çukurunun alt sınırı ile aynı hizada ve yere paralel olması), kalçanın ve omuzun düz duvara dayalı ve ayakkabısız olacak şekilde olmasına dikkat edilmiştir. Ölçüm sırasında; saç tokası, şapka ve bere çıkartılmıştır (141).

#### **3.3.4.3 Beden Kitle İndeksi (BKİ)**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), beden kütle indeksi (BKİ) ölçümünü bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi ( $\text{kg/m}^2$ ) olarak tanımlamaktadır (142). Bu çalışmadaki BKİ değerleri, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu verilerine göre hesaplanmıştır.

Araştırmadaki BKİ sonuçları, DSÖ'nün sınıflamasına göre, aşağıda verilen tabloya göre değerlendirilmiştir. (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ Sınıflaması (142)

<b>DSÖ Sınıflaması</b>	<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>
≤18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Hafif Şişman
≥ 30	Şişman

#### **3.3.4.4 Bel Çevresi Ölçümü**

Bel çevresi; katılımcıların kolları iki yanda ve ayakları birleşik durumda iken en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası tespit edilerek, orta noktadan geçen çevre esnemeyen mezura yardımı ile ölçülmüştür. Erkeklerde  $\geq 94$ cm ve kadınlarda  $\geq 80$  cm kronik hastalık risk olarak değerlendirilmelidir. (141).

#### **3.3.4.5 Kalça Çevresi Ölçümü**

Katılımcıların kalça çevresi ölçümü, gluteal bölgenin en çıkıntılı kısmı bulunarak ölçülmüştür. Ölçümler kişinin sağ tarafından ve en yüksek noktadan, esnemeyen mezura kullanarak ve mezura yere paralel tutularak yapılmıştır (141).

#### **3.3.4.6 Bel/Kalça Oranı**

Yetişkin bireylerde bel çevresi ve bel/kalça oranı kronik hastalıklar için risk değerlendirmesi amacıyla kullanılır (141). Bel kalça oranı; bel çevresi (cm) ölçümünün, kalça çevresi (cm) ölçümüne bölünmesi ile hesaplanmıştır. DSÖ kriterlerine göre bel/kalça oranının erkekler için  $\geq 0.90$ , kadınlar için  $\geq 0.85$ 'den fazla olması kronik hastalık riskini arttırmaktadır (142).



### 3.3.4.7 Bel/Boy Oranı

Bel/boy oranı, bel çevresi boy uzunluğuna bölünerek hesaplanmıştır. Bel boy oranı 0.4-0.5 arasında olanlar normal,  $\geq 0.5$  olanlar kronik hastalıkların oluşması açısından riskli olarak değerlendirilmiştir (143).

### 3.3.5 Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen iyi ve kötü uykunun tanımlanması amacıyla bireyin uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü veren bir ölçektir. PUKİ son bir ay içerisindeki uyku kalitesi, uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda ayrıntılı bilgi veren öz bildirim dayalı bir tarama ve değerlendirme ölçeğidir. PUKİ iç tutarlılığa, geçerlilik ve güvenilirliğe sahip bir ölçektir (144). Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında PUKİ ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve Cronboch Alfa iç tutarlılık katsayı 0.804 olarak saptanmıştır (145).

Bu ölçekte toplam 24 soru bulunmaktadır. Bunların 19'u kendini değerlendirme, 5'i ise bireyin eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan ancak hesaplamaya dahil edilmeyen sorulardır. Bu araştırmada anket sırasında tek başına olan katılımcılara 19 soru, yanında eşi olanlara ise 24 soru sorulmuştur.

Toplam 24 sorudan oluşan ölçekte 7 bileşene ait skor elde edilmektedir. Bu bileşenler;

1. Öznel uyku kalitesi
2. Uyku gecikmesi
3. Uyku süresi
4. Alışılmış uyku etkinliği
5. Uyku bozukluğu
6. Uyku ilacı kullanımı

## 7. Gündüz işlev bozukluğu

Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu yedi bileşen puanının toplamı, toplam indeks puanını vermektedir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Puan değerlerinin 5 ve altında olması iyi uyku kalitesi, 5'in üzerinde olması ise kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilmektedir. Skorun 5'in üstünde olması uykuyla ilgili iki bileşende ciddi sorun olduğunu veya 3 ve 3'ten fazla bileşende orta yada hafif şiddette sorun olduğunu göstermektedir (144). Bu ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. (Ek C)

### 3.3.6 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği; menopoz yakınmalarının şiddet ve varlığını değerlendirmek için 1996 yılında Hilditch ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında Nevin Hotun Şahin ve Sema B. Kharbouch tarafından yapılmış ve cronbach alfa katsayısı 0.73-0.88 olarak belirlenmiştir. Korelasyon katsayısı ise 0.96-0.99 arasında saptanmıştır.

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği- MÖYKÖ 29 soru içeren likert tipte bir ölçektir. Vazomotor (1-3.sorular), psikososyal (4-10.sorular), fiziksel (11-26.sorular) ve cinsel (27-29.sorular) olmak üzere dört alt alandan oluşmaktadır. MÖYKÖ'de her bir alt alan puanı 1'den 8'e doğru sıralanmıştır. Puan arttıkça yakınmanın şiddeti de artmaktadır (146). Bu ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. (Ek D)

### **3.3.7 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı**

Anketin bu bölümünde kadınların son 24 saat içinde tükettiği besin ve içecekler sorgulanmıştır. Besin tüketim miktarları, 24 saatlik hatırlatma yöntemi kullanılarak kaydedilmiştir. Hatırlama yöntemi olarak; besinlerin porsiyon miktarları, su bardağı, çay bardağı, yemek kaşığı, tatlı kaşığı (silme, tepeleme), küçük, orta, büyük boy vb. ile bilinen net miktarları sorularak bulunmuştur. Anketten elde edilen 24 saatlik besin tüketim kaydı verileri Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) programında değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, bireylerin bir günlük almış oldukları enerji ve besin öğeleri miktarları belirlenmiştir (141).

### **3.4 Verilerin İstatiksel Olarak Değerlendirilmesi**

Araştırmaya dahil edilen kadınların verilerinin istatistiksel analizinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 yazılımı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine, sağlık ve ilaç kullanma durumuna, sigara ve alkol kullanma durumuna, spor yapma durumuna, beslenme alışkanlıklarına, çay ve kavhe tüketimlerine, menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre frekans analiziyle belirlenmiştir.

Kadınların antropometrik ölçümlerine, enerji, makro ve mikro besin alım miktarına, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler gösterilmiştir.

Araştırmada kullanılan hipotez testlerine karar verilirken, veri setinin normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu sebeple araştırmada nonparametrik hipotez testleri olan Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

## Bölüm 4

### BULGULAR

Bu bölümde, Gazimağusa'da ikamet eden menopoza girmiş kadınların genel bilgileri, menopozal durumu, antropometrik ölçümleri, Pittsburg uyku kalitesi ölçeği ve menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği verileri değerlendirilmiştir.

#### 4.1 Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kadın katılımcılara ait sosyodemografik özellikleri tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo4.1'de incelenen dağılıma göre, kadın katılımcıların %18,03'ü 50 yaş ve altı, %31,15'i 51-55 yaş arası, %25,68'i 56-60 yaş arası ve %25,14'ü 61-65 yaş arası iken; %3,28'i bekar, %80,33'ü evli ve %16,39'u dul/boşanmıştır. Kadınların eğitim durumuna göre dağılımları, %6,01'inde okur-yazar değil, %40,44'ünde ilköğretim, %25,68'inde lise ve dengi, %27,87'sinde ise üniversite şeklindedir.

Araştırmaya katılan kadınların %28,96'sı çalışan, %31,15'i emekli ve %39,89'u da ev hanımıdır. Kadınların %91,80'i çocuk sahibi iken, %8,20'si çocuk sahibi değildir. Çocuk sayısına göre dağılıma bakıldığında kadınların %15,88'inde bir, %55,29'unda iki ve %28,82'sinde üç ve üzeri çocukları olduğu saptandı.

Tablo 4.1: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=183)

	n	%
<b>Yaş grubu</b> ( $\bar{x}\pm s=56,08\pm 5,73$ yıl)		
50 yaş ve altı	33	18,03
51-55 yaş	57	31,15
56-60 yaş	47	25,68
61-65 yaş	46	25,14
<b>Medeni durum</b>		
Bekar	6	3,28
Evli	147	80,33
Dul/Boşanmış	30	16,39
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	11	6,01
İlköğretim	74	40,44
Lise ve dengi	47	25,68
Üniversite	51	27,87
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışan	53	28,96
Emekli	57	31,15
Ev hanımı	73	39,89
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Olan	168	91,80
Olmayan	13	8,20
<b>Çocuk sayısı (n=170)</b>		
Bir	27	15,88
İki	94	55,29
Üç ve üzeri	49	28,82

Tablo 4.2.'de kadınların sağlık ve ilaç kullanma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Bu verilere göre, araştırmadaki kadınların %45,90'ının tanısı konmuş kronik hastalığı yokken, %54,10'unun vardır. Hastalık türüne göre kadınların %47,47'sinde tansiyon, %23,23'ünde diyabet, %16,16'sında tiroid, %14,14'ünde kolesterol, %9,09'unda kanser, %6,06'sında kalp rahatsızlığı, %5,05'inde astım, %4,04'ünde kemik erimesi, %3,03'ünde astım, %2,02'sinde böbrek yetmezliği ve yine %2,02'sinde vertigo hastalığı vardır.

Kadınlardan düzenli ilaç kullananların oranı %53,55 iken, kullanmayanların oranı %46,45'tir. Kadınların %43,88'inde bir, %24,49'unda iki ve %31,63'ünde üç

ve üzeri ilaç kullandığı saptanmıştır. Araştırmadaki kadınların %80,87'si düzenli vitamin/mineral kullanmazken, %19,13'ü kullanmaktadır.

Tablo 4.2: Kadınların sağlık ve ilaç kullanma durumuna göre dağılımı (n=183)

	n	%
<b>Tanısı konmuş kronik hastalık</b>		
Yok	84	45,90
Var	99	54,10
<b>Hastalık (n=99)</b>		
Tansiyon	47	47,47
Diyabet	23	23,23
Tiroid	16	16,16
Kolesterol	14	14,14
Kanser	9	9,09
Kalp rahatsızlığı	6	6,06
Astım	5	5,05
Kemik erimesi	4	4,04
Astım	3	3,03
Böbrek yetmezliği	2	2,02
Vertigo	2	2,02
Ms	1	1,01
Psikiyatri	1	1,01
Behçet	1	1,01
<b>Düzenli kullanılan ilaç</b>		
Kullanmayan	85	46,45
Kullanan	98	53,55
<b>Günlük kullanılan ilaç sayısı</b>		
Bir	43	43,88
İki	24	24,49
Üç ve üzeri	31	31,63
<b>Düzenli vitamin/mineral kullanma durumu</b>		
Kullanmayan	148	80,87
Kullanan	35	19,13
<b>Günlük kullanılan vit./mineral sayısı</b>		
Bir	28	84,85
İki	5	15,15

Kadınların sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımı Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3.'e göre, araştırmaya dahil olan kadınların %89,62'si alkol tüketmemekte, %10,38'i tüketmektedir. Alkol tüketimi kadınların %10,53'ünde haftada 3 kadeh, %26,32'sinde haftada 2 kadeh, %31,58'inde haftada 1 kadeh ve yine %31,58'inde daha azdır.

Kadınların %59,02'si hiç sigara içmemekte, %25,68'i halen içmektedir ve %25,30'u içip bırakmıştır.

Tablo 4.3: Kadınların sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımı (n=183)

	n	%
<b>Alkol tüketme durumu</b>		
Tüketmeyen	164	89,62
Tüketen	19	10,38
<b>Alkol tüketimi (n=19)</b>		
Haftada 3 kadeh	2	10,53
Haftada 2 kadeh	5	26,32
Haftada 1 kadeh	6	31,58
Daha az	6	31,58
<b>Sigara içme durumu</b>		
Hiç içmeyen	108	59,02
İçip bırakan	28	15,30
Halen içen	47	25,68
<b>Sigara sayısı (n=47)</b>		
9 adet ve altı	20	42,55
10-19 adet	17	36,17
20 adet ve üzeri	10	21,28

Tablo 4.4.'te araştırma dahilindeki kadınların spor yapma durumuna göre dağılımı verilmiştir.

İncelenen tabloya göre, araştırmadaki kadınların %21,31'i düzenli spor yapmakta, %78,69'u ise yapmamaktadır. Yapılan spora göre kadınların %74,36'sı yürüyüş, %23,08'i pilates ve %2,56'sı bisiklet sürmektedir. Spor yapma süresine göre dağılımlara bakıldığında kadınların %43,59'unun 60 dk., %30,77'sinin 45 dk. ve %25,64'ünün 30 dk. ve altında spor yaptığı görülmüştür. Spor yapma sıklığı

kadınların %28,21'inde haftada 2 gün, %23,08'inde haftada 3 gün, %17,95'inde haftada 5 gün ve %30,77'sinde her gündür.

Tablo 4.4: Kadınların spor yapma durumuna göre dağılımı (n=183)

	n	%
<b>Düzenli spor yapma durumu</b>		
Yapan	39	21,31
Yapmayan	144	78,69
<b>Spor türü (n=39)</b>		
Yürüyüş	29	74,36
Pilates	9	23,08
Bisiklet	1	2,56
<b>Spor yapma süresi (n=39)</b>		
60 dk	17	43,59
45 dk	12	30,77
30dk ve altı	10	25,64
<b>Spor yapma sıklığı (n=39)</b>		
Haftada 2 gün	11	28,21
Haftada 3 gün	9	23,08
Haftada 5 gün	7	17,95
Her gün	12	30,77

## 4.2 Kadınların Menopozal Durumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların menopozal durumuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.5.'de araştırmaya dahil olan kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

İncelenen verilere göre, araştırmadaki kadınların ilk adet yaşı ortalaması 13,20±1,47 olarak bulunmuştur. Kadınların %8,74'ünün ilk adet yaşı 11 yaş ve altı, %26,78'inin 12 yaş, %27,87'sinin 13 yaş, %15,30'unun 14 yaş ve %21,31'inin 15 yaş ve üzeridir. Katılımcıların son adetleri üzerinden geçen süre %12,57'sinde 1 yıldan az süre, %23,50'sinde 1-3 yıl, %19,13'ünde 4-6 yıl, %7,65'inde 7-9 yıl ve %36,61'inde 10 yıl ve daha fazla süredir.



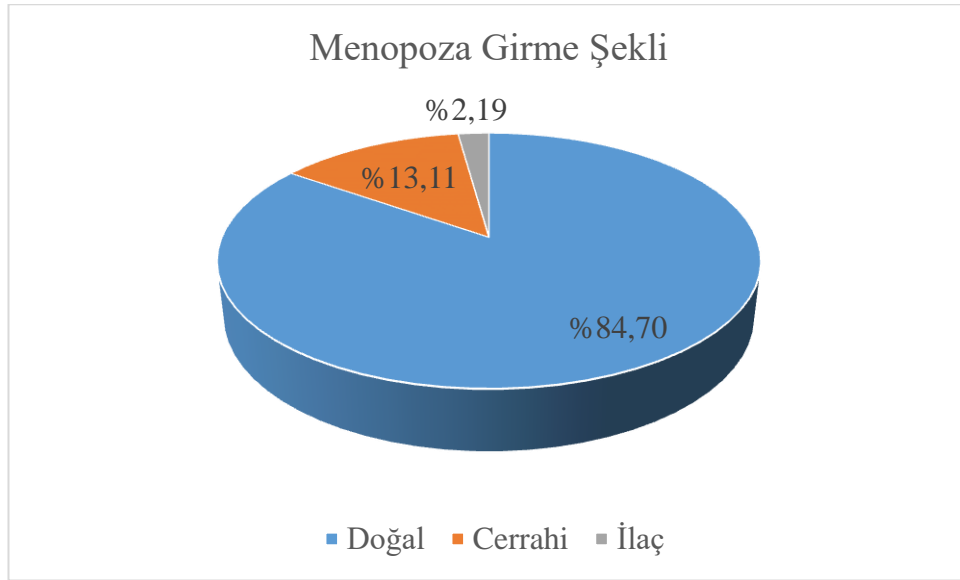
Araştırmaya alınan kadınların %84,70'inin menopoza girme şekli doğal, %13,11'inin cerrahi ve %2,19'unun ilaçtır. Menopoza yönelik tedavi alan kadınların oranı %11,48, almayan kadınların oranı %88,52'dir. Menopoza yönelik bilgi alma dağılımına göre ise almayan kadınlar %67,76 oranında, bilgi alan kadınlar da %32,24 oranındadır. Bilgi alınan kişi/yer kadınların %76,27'sinde sağlık personeli, %3,39'unda komşu ve akraba ve %20,34'ünde televizyon, gazete, internet ve kitaptır.

Tablo 4.5: Kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (n=183)

	n	%
<b>İlk adet yaş</b> ( $\bar{x}\pm s=13,20\pm 1,47$ yıl)		
11 yaş ve altı	16	8,74
12 yaş	49	26,78
13 yaş	51	27,87
14 yaş	28	15,30
15 yaş ve üzeri	39	21,31
<b>Son adet üzerinden geçen süre</b>		
1 yıldan az süre önce	23	12,57
1-3 yıl önce	43	23,50
4-6 yıl önce	35	19,13
7-9 yıl önce	14	7,65
10 yıl ve daha fazla süre önce	68	36,61
<b>Menopoza girme şekli</b>		
Doğal	155	84,70
Cerrahi	24	13,11
İlaç	4	2,19
<b>Menopoza yönelik tedavi alma</b>		
Alan	21	11,48
Almayan	162	88,52
<b>Menopoza yönelik bilgi alma</b>		
Almayan	124	67,76
Alan	59	32,24
<b>Bilgi alınan kişi/yer</b>		
Sağlık personelinden	45	76,27
Komşu ve akrabadan	2	3,39
Televizyon,gazete,internet,kitap	12	20,34

Şekil 4.1.'de araştırmada konu olan kadınların menopoza girme şekline göre dağılımları verilmiştir.

İncelenen şekle göre, araştırmadaki kadın katılımcıların menopoza girme şekli %84,70 oranında doğal, %13,11 oranında cerrahi ve %2,19 oranında ilaç şeklindedir.



Şekil 4.1: Kadınların menopoza girme şekline göre dağılımı

### 4.3 Kadınların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların beslenme alışkanlıkları ve ana/ara öğün tüketimlerine dair bulgular gösterilmiştir.

Tablo 4.6.'den elde edilen bulgulara göre, araştırmaya dahil olan kadınların günlük ana öğün sayısı %1,64'ünde bir öğün, %34,43'ünde iki öğün ve %63,93'ünde üç öğündür. Günlük ara öğün sayısı ise kadınların %15,85'inde bir öğün, %42,08'inde iki öğün, %36,61'inde üç öğünken, %5,46'sı hiç ara öğün tüketmemektedir.

Araştırmadaki kadınların %53,01'i öğün atlarken, %25,14 oranında bazen ve %21,86'sı öğün atlamamaktadır. Atlanan öğün kadınların %11,89'unda sabah, %58,04'ünde kuşluk, %57,34'ünde öğle, %29,37'sinde ikindi, %2,10'unda akşam ve %21,68'inde gecedir. Kadınların %76,22'si canı istemediği için, %9,09'u zaman yetersizliğinden dolayı, %7,69'u bulunduğu ortamda uygun seçenek olmaması, %4,90'ı zayıflamak için ve %1,40'ı da unuttuğu için öğün atlamaktadır.

Araştırmada yer alan kadınların gün içinde en son tüketilen öğün zamanı %31,69'unda 18:00-20:00, %56,28'inde 20:00-22:00, %9,84'ünde 22:00-00:00 ve %2,19'unda 00:00 ve sonrası şeklindedir.

Tablo 4.6: Kadınların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı (n=183)

	n	%
<b>Günlük ana öğün sayısı</b>		
Bir öğün	3	1,64
İki öğün	63	34,43
Üç öğün	117	63,93
<b>Günlük ara öğün sayısı</b>		
Bir öğün	29	15,85
İki öğün	77	42,08
Üç öğün	67	36,61
Hiç tüketmeyen	10	5,46
<b>Öğün atlama durumu</b>		
Evet	97	53,01
Bazen	46	25,14
Hayır	40	21,86
<b>Atlanan öğün (n=143)</b>		
Sabah	17	11,89
Kuşluk	83	58,04
Öğle	82	57,34
İkinci	42	29,37
Akşam	3	2,10
Gece	31	21,68
<b>Öğün atlama nedeni (n=143)</b>		
Canı istemediği için	109	76,22
Zaman yetersizliğinden dolayı	13	9,09
Bulunduğu ortamda uygun seçenek olmaması	11	7,69
Zayıflamak için	7	4,90
Unuttuğu için	2	1,40
Hazırlama zorluğundan dolayı	1	0,70
<b>Gün içinde en son tüketilen öğün zamanı</b>		
18:00-20:00	58	31,69
20:00-22:00	103	56,28
22:00-00:00	18	9,84
00:00 ve sonrası	4	2,19

Tablo 4.7.'de araştırmaya dahil olan kadınların su, çay ve kahve tüketimlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.7.'deki dağılım durumu incelendiğinde, kadın katılımcıların %43,72'sinin gün içinde 7 bardak ve altında su tükettiği, %48,63'ünün 8-10 bardak

su tükettiği ve %7,65'inin 11 bardak ve üzeri su tükettiği görülmüştür. Kadınların %7,65'i çay içmemekte, %92,35'i ise içmektedir. Günlük içilen çay miktarı ise katılımcıların %25,14'ünde 1-2 bardak, %28,42'sinde 3-4 bardak, %38,80'inde 5 bardak ve üzeridir.

Araştırma dahilindeki kadınların %9,84'ü kahve içmemekte, %90,16'sı kahve içmektedir. Günlük içilen kahve miktarı ise kadınların %30,05'inde 1 fincan, %25,68'inde 2 fincan ve %34,43'ünde 3 fincan ve üzeridir.

Tablo 4.7: Kadınların su, çay ve kahve tüketimlerine göre dağılımı (n=183)

	n	%
<b>Gün içinde tüketilen su miktarı</b>		
7 bardak ve altı	80	43,72
8-10 bardak	89	48,63
11 bardak ve üzeri	14	7,65
<b>Çay içme durumu</b>		
İçmeyen	14	7,65
İçen	169	92,35
<b>Günlük içilen çay miktarı</b>		
1-2 bardak	46	25,14
3-4 bardak	52	28,42
5 bardak ve üzeri	71	38,80
<b>Kahve içme durumu</b>		
İçmeyen	18	9,84
İçen	165	90,16
<b>Günlük içilen kahve miktarı</b>		
1 fincan	55	30,05
2 fincan	47	25,68
3 fincan ve üzeri	63	34,43

#### 4.4 Kadınların Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarlarına İlişkin

##### Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan kadınların enerji, makro ve mikro besin alım miktarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların enerji, makro ve mikro besin alım miktarlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8.’e göre, araştırmaya alınan kadınların enerji ortalaması 1284,76±372,81 kcal, protein ortalaması 50,12±17,93 g, protein yüzdesi %16,24±4,42, yağ 63,60±26,03 g, yağ yüzdesi %43,40±9,00, karbonhidrat 124,83±45,86 g, karbonhidrat yüzdesi %40,39±10,20, lif 16,88±6,66 g ve kalsiyum ortalaması 638,43±276,04 mg’dır. Kadın katılımcıların C vitamini ortalaması 104,70±79,06 mg, A vitamini 837,36±575,35 µg, D vitamini 1,28±1,30 mcg, E vitamini (eşd.) 15,00±8,71, E vitamini 14,24±8,57 mg, B12 vitamini 2,84±1,73 mcg, sodyum 2457,96±1057,73 mg, magnezyum 203,78±74,38 mg, demir 7,64±2,47 mg, toplam folik asit 211,58±74,36 µg ve serbest folik asit ortalaması 72,50±28,09 µg’dır.

Tablo 4.8: Kadınların enerji, makro ve mikro besin alım miktarına ilişkin betimsel istatistikler (n=183)

	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Enerji (kcal)</b>	183	1284,76	372,81	426,00	2347,22
<b>Protein (g)</b>	183	50,12	17,93	10,46	107,00
<b>Protein (%)</b>	183	16,24	4,42	4,00	31,00
<b>Yağ (g)</b>	183	63,60	26,03	13,15	188,18
<b>Yağ (%)</b>	183	43,40	9,00	13,00	78,00
<b>Karbonhidrat (g)</b>	183	124,83	45,86	33,63	327,68
<b>Karbonhidrat (%)</b>	183	40,39	10,20	10,00	77,00
<b>Lif (g)</b>	183	16,88	6,66	3,81	50,92
<b>Kalsiyum (mg)</b>	183	638,43	276,04	49,50	1585,50
<b>C Vit. (mg)</b>	183	104,70	79,06	0,01	452,78
<b>A Vit. (µg)</b>	183	837,36	575,35	30,84	5603,65
<b>E Vit. (Eşd.)</b>	183	15,00	8,71	1,88	46,54
<b>E Vit. (mg)</b>	183	14,24	8,57	0,29	45,65
<b>B12 Vit. (mcg)</b>	183	2,84	1,73	0,00	8,81
<b>Magnezyum (mg)</b>	183	203,78	74,38	23,18	496,99
<b>Demir (mg)</b>	183	7,64	2,47	1,30	17,53
<b>Toplam folik asit (µg)</b>	183	211,58	74,36	41,40	577,09
<b>Serbest folik asit (µg)</b>	183	72,50	28,09	0,00	194,40

## 4.5 Kadınların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

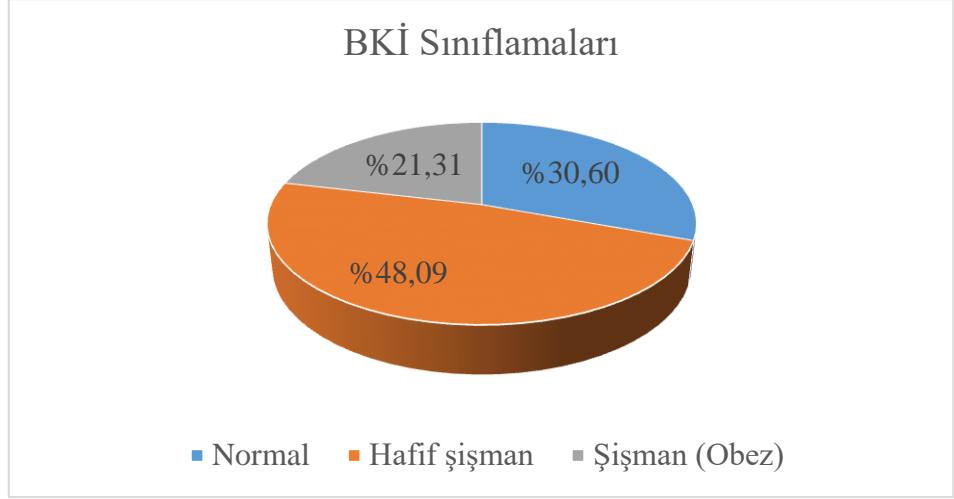
Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların antropometrik ölçümlerine ilişkin betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 4.9'daki veriler incelendiğinde, araştırma kapsamındaki kadınların vücut ağırlığı ortalaması  $70,21 \pm 11,17$  kg, boy uzunluğu ortalaması  $160,75 \pm 5,60$  cm, BKİ ortalaması  $27,20 \pm 4,13$  kg/m<sup>2</sup>, bel çevresi ortalaması  $92,01 \pm 13,79$  cm, bel/boy oranı ortalaması  $0,57 \pm 0,09$ , kalça çevresi  $105,03 \pm 12,64$  cm ve bel/kalça oranı ortalaması  $0,87 \pm 0,08$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.9: Kadınların antropometrik ölçümlerine ilişkin betimsel istatistikler (n=183)

	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	183	70,21	11,17	48,00	130,00
<b>Boy uzunluğu (cm)</b>	183	160,75	5,60	149,00	175,00
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	183	27,20	4,13	18,75	47,79
<b>Bel çevresi (cm)</b>	183	92,01	13,79	68,00	142,00
<b>Bel/Boy oranı</b>	183	0,57	0,09	0,41	0,91
<b>Kalça çevresi (cm)</b>	183	105,03	12,64	75,00	150,00
<b>Bel/Kalça oranı</b>	183	0,87	0,08	0,54	1,13

Şekil 4.2'de araştırmada bulunan kadınların BKİ sınıflamalarına göre dağılımı verilmiştir. Şekil 4.2'deki dağılıma göre araştırmada yer alan kadınların %48,09'u hafif şişman, %30,60'ı normal ve %21,31'i şişman/obezdir.



Şekil 4.2: Kadınların BKİ sınıflamalarına göre dağılımı

#### 4.6 Kadınların PUKİ Skorlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarına ilişkin betimsel istatistiklerine yer verilmiştir.

Tablo 4.10'dan elde edilen veriye göre, araştırmaya katılan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması  $7,33 \pm 2,95$  olarak bulunmuştur.

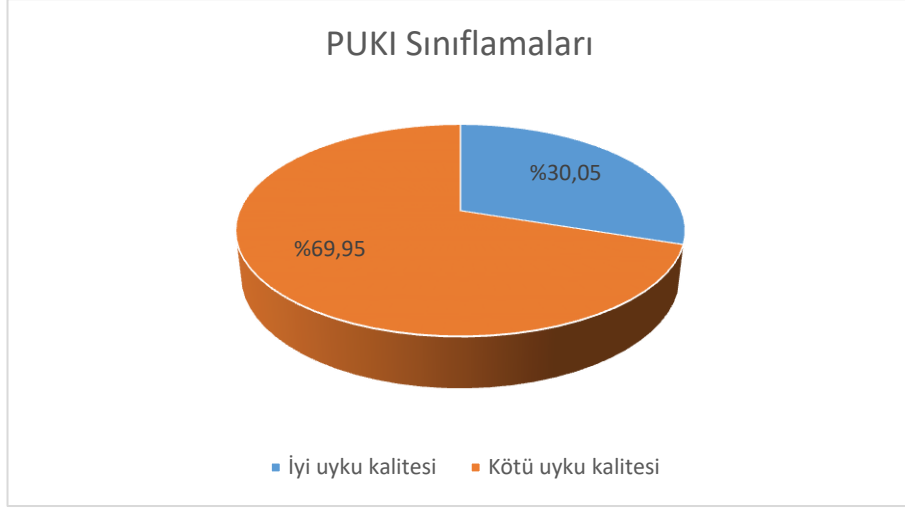
Tablo 4.10: Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (n=183)

	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Pittsburgh Uyku Kalitesi</b>	183	7,33	2,95	1,00	15,00

Araştırmaya dahil edilen kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamaları Şekil 4.3'te verilmiştir.

Şekil 4.3'teki dağılıma göre, araştırmadaki kadınların %69,95'inin Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflaması kötü uyku kalitesi ve %30,05'inin ise iyi uyku kalitesi şeklindedir.

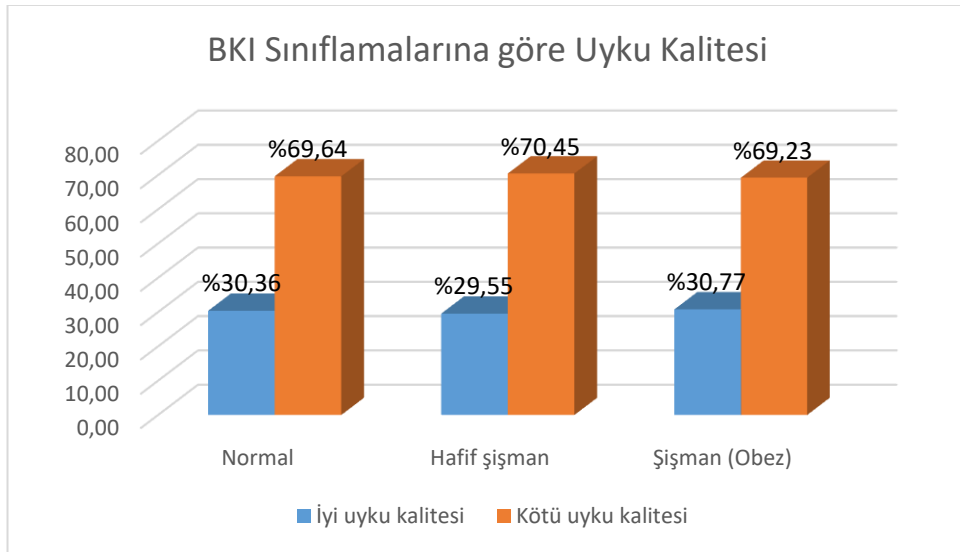




Şekil 4.3: Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamaları

Şekil 4.4.'te araştırma dahilindeki kadınların BKİ sınıflamalarına göre Pittsburgh Uyku Kalitesi verilmiştir.

Şekil 4.4.'teki dağılım incelendiğinde, normal kilolu kadınların %30,36'sının iyi, %69,64'ünün kötü uyku kalitesine, hafif şişman kadınların %29,55'inin iyi, %70,45'inin kötü uyku kalitesine ve şişman bireylerin %30,77'sinin iyi, %69,23'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 4.4: Kadınların BKİ sınıflamalarına göre Pittsburgh Uyku Kalitesi

Tablo 4.11.'de araştırmada bulunan kadınların eğitim durumuna göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skorlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablodan elde edilen sonuçlara göre, araştırmadaki kadınların eğitim durumuna göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Okur-yazar olmayan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanları, üniversite mezunu kadınların puanlarına göre daha yüksektir. Bu sonuca göre okur-yazar olmayan kadınların uyku kalitesi üniversite mezunu olanlara göre daha kötüdür.

Tablo 4.11: Kadınların eğitim durumuna göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skorlarının karşılaştırılması (n=183)

<b>Eğitim durumu</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>M</b>	<b>SO</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
Okur-yazar değil	11	8,27	2,90	8,00	110,91	10,944	<b>0,012*</b>	1-4
İlköğretim	74	7,95	3,09	8,00	102,39			
Lise ve dengi	47	7,36	3,02	6,00	91,78			
Üniversite	51	6,20	2,37	6,00	73,06			

\* $p < 0,05$

Tablo 4.12.'de araştırmaya alınan kadınların menopoza girme şekline göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skorlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

İncelenen tabloya göre, kadın katılımcıların menopoza girme şekline göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Buna göre, doğal, cerrahi ve ilaç ile menopoza giren kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanları benzerdir.

Tablo 4.12: Kadınların menopoza girme şekline göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skorlarının karşılaştırılması (n=183)

<b>Menopoza girme şekli</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>M</b>	<b>SO</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Doğal	155	7,19	2,83	7,00	90,20	1,239	0,538
Cerrahi	24	8,04	3,41	8,00	102,88		
İlaç	4	8,25	4,79	7,00	96,50		

Araştırmaya konu olan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamalarına göre enerji, makro ve mikro besin ögesi alım miktarlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 4.13.'te verilmiştir.

Tablo 4.13.'e göre, araştırmaya katılan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamalarına göre enerji, protein (g), protein (%), yağ (g), karbonhidrat (g), lif, kalsiyum, A vitamini, E vitamini (eşd.), E vitamini, B12 vitamini, sodyum, magnezyum, demir, toplam folik asit ve serbest folik asit alım miktarı değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya dahil olan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamalarına göre yağ yüzdesi, karbonhidrat yüzdesi, C vitamini ve D vitamini alım miktarları değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İyi uyku kalitesi olan kadınların yağ (%) ve D vitamini alım miktarı değerleri, kötü uyku kalitesi olan kadınların değerlerinden daha yüksektir. Kötü uyku kalitesi olan kadınların ise karbonhidrat (%) ve C vitamini alım miktarı değerleri, iyi uyku kalitesi olan kadınların değerlerinden daha yüksektir.

Tablo 4.13: Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi sınıflamalarına göre enerji, makro ve mikro besin ögesi alım miktarlarının karşılaştırılması (n=183)

	PUKi	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
<b>Enerji (kcal)</b>	İyi uyku kalitesi	55	1316,28	389,19	1350,46	97,48	-0,918	0,359
	Kötü uyku kalitesi	128	1271,21	366,28	1237,01	89,64		
<b>Protein (g)</b>	İyi uyku kalitesi	55	52,97	19,25	51,78	99,56	-1,266	0,205
	Kötü uyku kalitesi	128	48,90	17,27	48,34	88,75		
<b>Protein (%)</b>	İyi uyku kalitesi	55	16,55	4,43	16,00	95,71	-0,623	0,533
	Kötü uyku kalitesi	128	16,11	4,43	16,00	90,41		
<b>Yağ (g)</b>	İyi uyku kalitesi	55	68,84	28,18	65,06	102,45	-1,750	0,080
	Kötü uyku kalitesi	128	61,35	24,82	59,81	87,51		
<b>Yağ (%)</b>	İyi uyku kalitesi	55	45,78	8,62	46,00	106,72	-2,466	<b>0,014*</b>
	Kötü uyku kalitesi	128	42,38	8,99	42,00	85,68		
<b>Karbonhidrat (g)</b>	İyi uyku kalitesi	55	119,58	44,02	118,07	85,91	-1,020	0,308
	Kötü uyku kalitesi	128	127,08	46,62	123,36	94,62		
<b>Karbonhidrat (%)</b>	İyi uyku kalitesi	55	37,65	9,82	38,00	76,05	-2,671	<b>0,008*</b>
	Kötü uyku kalitesi	128	41,56	10,17	42,00	98,85		
<b>Lif (g)</b>	İyi uyku kalitesi	55	15,76	6,30	14,66	81,85	-1,698	0,089
	Kötü uyku kalitesi	128	17,36	6,78	17,45	96,36		
<b>Kalsiyum (mg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	637,55	267,53	612,50	92,08	-0,014	0,989
	Kötü uyku kalitesi	128	638,80	280,64	605,60	91,96		
<b>C Vit. (mg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	80,31	64,34	59,61	75,45	-2,770	<b>0,006*</b>
	Kötü uyku kalitesi	128	115,18	82,64	92,40	99,11		
<b>A Vit. (µg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	840,60	435,19	748,42	96,42	-0,740	0,460
	Kötü uyku kalitesi	128	835,96	627,57	701,17	90,10		
<b>D Vit. (mcg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	1,65	1,57	1,55	106,19	-2,386	<b>0,017*</b>
	Kötü uyku kalitesi	128	1,12	1,13	1,50	85,90		
<b>E Vit. (Eşd.)</b>	İyi uyku kalitesi	55	15,40	7,51	12,96	98,48	-1,085	0,278
	Kötü uyku kalitesi	128	14,82	9,20	13,25	89,21		
<b>E Vit. (mg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	14,57	7,45	12,46	97,69	-0,953	0,341
	Kötü uyku kalitesi	128	14,10	9,03	12,32	89,55		
<b>B12 Vit. (mcg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	3,28	2,08	2,84	101,99	-1,673	0,094
	Kötü uyku kalitesi	128	2,65	1,52	2,50	87,71		
<b>Magnezyum (mg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	206,49	77,14	206,95	93,47	-0,247	0,805
	Kötü uyku kalitesi	128	202,62	73,44	204,55	91,37		
<b>Demir (mg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	7,69	2,46	7,68	94,22	-0,371	0,710
	Kötü uyku kalitesi	128	7,62	2,49	7,47	91,05		
<b>Toplam folik asit (µg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	208,56	68,75	206,55	90,64	-0,228	0,819
	Kötü uyku kalitesi	128	212,88	76,87	205,95	92,59		
<b>Serbest folik asit (µg)</b>	İyi uyku kalitesi	55	73,82	28,06	74,00	95,36	-0,563	0,573
	Kötü uyku kalitesi	128	71,93	28,19	72,30	90,55		

\* $p < 0,05$

## 4.7 Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları

Bu bölümde araştırmaya alınan kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistiklerine yer verilmiştir.

Tablo 4.14.'te katılımcıların Menopoza Özgü Yaşam Ölçeği genelinden ortalama 3,45±1,19 puan, ölçeğin vazomotor alt boyutundan ortalama 3,54±2,32 puan, psikososyal alt boyutundan 2,77±1,35 puan, fiziksel alt boyutundan 3,47±1,37 puan ve seksüel alt boyutundan ortalama 4,00±2,16 puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 4.14: Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (n=183)

	n	$\bar{x}$	s	Min	Max
Vazomotor	183	3,54	2,32	1,00	8,00
Psikososyal	182	2,77	1,35	1,00	7,83
Fiziksel	183	3,47	1,37	1,13	10,06
Seksüel	183	4,00	2,16	1,00	8,00
Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	183	3,45	1,19	1,15	7,45

Tablo 4.15.'te araştırmaya dahil olan kadınların eğitim durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.15.'e göre, araştırmadaki kadınların eğitim durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve ölçeğin vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Lise ve dengi mezunu kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden aldıkları puanlar, okur-yazar olmayan ve üniversite mezunu olan kadınların puanlarından daha yüksek;

psikososyal alt boyutundan aldıkları puanlar ise ilköğretim mezunu olan ve üniversite mezunu olan kadınların puanlarından daha yüksektir. Okur-yazar olmayan kadın katılımcıların vazomotor puanları diğer tüm katılımcıların puanlarından daha düşük; fiziksel alt boyutu puanları ise üniversite mezunu olan katılımcıların puanlarından daha yüksektir. Ölçek puan değerlendirilmesinde, puan arttıkça yakınmanın şiddeti artmaktadır.

Tablo 4.15: Kadınların eğitim durumuna göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	$\chi^2$	p	Fark
Vazomotor	Okur-yazar değil	11	2,12	1,68	1,00	56,73	13,575	<b>0,004*</b>	1-2
	İlköğretim	74	3,50	2,18	3,00	92,06			1-3
	Lise ve dengi	47	4,48	2,52	5,00	111,63			1-4
	Üniversite	51	3,05	2,15	2,00	81,43			
Psikososyal	Okur-yazar değil	11	2,74	0,47	2,83	102,09	11,185	<b>0,011*</b>	2-3
	İlköğretim	73	2,60	1,05	2,50	87,28			3-4
	Lise ve dengi	47	3,28	1,54	3,00	111,07			
	Üniversite	51	2,55	1,55	2,00	77,22			
Fiziksel	Okur-yazar değil	11	4,03	0,77	4,06	121,55	9,521	<b>0,023*</b>	1-4
	İlköğretim	74	3,71	1,57	3,44	99,68			
	Lise ve dengi	47	3,41	1,27	3,00	90,01			
	Üniversite	51	3,05	1,15	2,81	76,31			
Seksüel	Okur-yazar değil	11	4,36	1,43	5,00	103,41	4,711	0,194	
	İlköğretim	74	4,41	2,39	4,33	100,64			
	Lise ve dengi	47	3,62	2,20	4,00	83,05			
	Üniversite	51	3,68	1,82	3,67	85,25			
MÖYKÖ	Okur-yazar değil	11	3,31	0,41	3,24	86,82	9,290	<b>0,026*</b>	1-3
	İlköğretim	74	3,56	1,24	3,46	96,42			3-4
	Lise ve dengi	47	3,70	1,21	3,80	105,40			
	Üniversite	51	3,08	1,13	2,85	74,35			

\* $p < 0,05$

Tablo 4.16.'da araştırmaya alınan kadınların menopoza girme şekline göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Yaşam Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

İncelenen verilere göre, araştırma konusu olan kadınların menopoza girme şekline göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Yaşam Ölçeğinin seksüel alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Menopoza girme şekli cerrahi yöntem olan kadınların seksüel alt boyutundan aldıkları puanlar, menopoza girme şekli ilaç olan kadınların puanlarından daha yüksektir.

Araştırmaya katılan kadınların menopoza girme şekline göre Menopoza Özgü Yaşam Ölçeği genelinden ve ölçeğin diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.16: Kadınların menopoza girme şekline göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

	Menopoza girme şekli	n	$\bar{x}$	s	M	SO	$\chi^2$	p	Fark
Vazomotor	Doğal	155	3,45	2,28	3,00	89,85	1,733	0,420	
	Cerrahi	24	4,03	2,48	3,83	103,08			
	İlaç	4	4,17	2,73	4,00	108,75			
Psikososyal	Doğal	155	2,71	1,26	2,50	89,63	1,369	0,504	
	Cerrahi	23	3,22	1,80	3,33	103,13			
	İlaç	4	2,71	1,26	2,92	97,25			
Fiziksel	Doğal	155	3,40	1,39	3,25	88,56	4,520	0,104	
	Cerrahi	24	3,93	1,31	4,13	113,06			
	İlaç	4	3,44	0,62	3,44	99,00			
Seksüel	Doğal	155	3,86	2,07	4,00	88,81	6,135	<b>0,047*</b>	2-3
	Cerrahi	24	5,04	2,45	5,00	115,96			
	İlaç	4	3,25	2,87	2,50	71,88			
MÖYKÖ	Doğal	155	3,35	1,14	3,33	88,26	5,469	0,065	
	Cerrahi	24	4,07	1,35	3,89	115,35			
	İlaç	4	3,39	1,24	3,79	96,75			

\* $p<0,05$

## 4.8 Kadınların PUKİ ve MÖYKÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Araştırmada yer alan kadınların yaş, ilk adet yaşı ve son adet üzerinden geçen süre ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.17.'de verilmiştir.

Tablo 4.17.'den elde edilen bulgulara göre, araştırmadaki kadınların yaşı ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve ölçeğin vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre, kadınların yaşı arttıkça Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar azalmaktadır.

Araştırma kapsamındaki kadınların ilk adet yaşı ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadın katılımcıların son adetleri üzerinden geçen süre ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve ölçeğin vazomotor, alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü; fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre, kadınların son adetleri üzerinden geçen süre arttıkça Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve ölçeğin vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar azalmakta, fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar ise artmaktadır.



Tablo 4.17: Kadınların yaş ve son adet üzerinden geçen süre ile PUKİ ve MÖYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar (n=183)

		Pittsburgh Uyku Kalitesi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Seksüel	MÖYKÖ
Yaş	rho	-0,012	-0,313	-0,073	0,130	0,026	-0,146
	p	0,875	<b>0,000*</b>	0,329	0,078	0,723	<b>0,049*</b>
Son adet üzerinden geçen süre (yıl)	rho	0,010	-0,362	-0,076	0,154	0,027	-0,163
	p	0,893	<b>0,000*</b>	0,309	<b>0,037*</b>	0,719	<b>0,028*</b>

\* $p < 0,05$

Tablo 4.18.'de araştırma kapsamına alınan kadınların tanısı konulmuş kronik hastalık durumuna göre PUKİ ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 4.18. incelendiğinde kadınların tanısı konulmuş kronik hastalık durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).

Kadınların tanısı konulmuş kronik hastalık durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Kronik hastalığı olan kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar olmayanlara göre düşüktür. Kadınların tanısı konulmuş kronik hastalık durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4.18: Kadınların tanısı konulmuş kronik hastalık durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

	<b>Kronik hastalık</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>M</b>	<b>SO</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Pittsburgh</b>	Yok	84	7,20	2,93	7,00	90,83		
<b>Uyku Kalitesi</b>	Var	99	7,43	2,98	7,00	92,99	-0,277	0,782
<b>Vazomotor</b>	Yok	84	4,00	2,41	4,00	101,72		
	Var	99	3,15	2,17	2,67	83,75	-2,305	<b>0,021*</b>
<b>Psikososyal</b>	Yok	83	2,65	1,26	2,33	86,46		
	Var	99	2,87	1,41	2,67	95,72	-1,183	0,237
<b>Fiziksel</b>	Yok	84	3,28	1,32	3,06	83,85		
	Var	99	3,63	1,41	3,56	98,91	-1,917	0,055
<b>Seksüel</b>	Yok	84	3,94	2,19	4,00	90,79		
	Var	99	4,05	2,15	4,00	93,03	-0,286	0,775
<b>Menopoza Özgü</b>	Yok	84	3,47	1,22	3,52	92,15		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	Var	99	3,43	1,17	3,36	91,87	-0,036	0,971

\* $p < 0,05$

Tablo 4.19.'de araştırmaya dahil edilen kadınların düzenli spor yapma durumuna göre PUKİ ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması için kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 4.19. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli spor yapma durumuna göre PUKİ ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4.19: Kadınların düzenli spor yapma durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

	Spor yapma	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
<b>Pittsburgh</b>	Yapan	39	6,79	3,01	6,00	81,74	-1,374	0,169
	Yapmayan	144	7,47	2,93	7,00	94,78		
<b>Uyku Kalitesi</b>	Yapan	39	3,68	2,42	3,00	94,91	-0,390	0,697
	Yapmayan	144	3,50	2,29	3,00	91,21		
<b>Vazomotor</b>	Yapan	39	2,75	1,61	2,50	85,94	-0,745	0,456
	Yapmayan	143	2,78	1,27	2,50	93,02		
<b>Psikososyal</b>	Yapan	39	3,35	1,21	3,25	90,53	-0,196	0,845
	Yapmayan	144	3,50	1,42	3,28	92,40		
<b>Fiziksel</b>	Yapan	39	4,10	2,18	4,33	94,45	-0,328	0,743
	Yapmayan	144	3,97	2,17	4,00	91,34		
<b>Seksüel</b>	Yapan	39	3,47	1,12	3,48	94,37	-0,315	0,753
	Yapmayan	144	3,44	1,21	3,43	91,36		
<b>Menopoza Özgü</b>	Yapan	39	3,47	1,12	3,48	94,37	-0,315	0,753
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	Yapmayan	144	3,44	1,21	3,43	91,36		

Tablo 4.20. incelendiğinde kadınların sigara içme durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sigara içen kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Kadınların sigara içme durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.20: Kadınların sigara içme durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

	Sigara içme	n	$\bar{x}$	s	M	SO	$\chi^2$	p	Fark
<b>Pittsburgh</b>	Hiç içmeyen	108	7,20	3,08	7,00	89,08	1,271	0,530	
	Uyku	28	7,07	2,32	6,50	90,88			
<b>Kalitesi</b>	Halen içen	47	7,77	2,99	8,00	99,37	7,135	<b>0,028*</b>	1-2
	Hiç içmeyen	108	3,32	2,29	2,83	86,30			
<b>Vazomotor</b>	İçip bırakan	28	3,11	2,09	2,17	84,43	2,391	0,303	1-3
	Halen içen	47	4,30	2,37	4,00	109,62			
<b>Psikososyal</b>	Hiç içmeyen	108	2,67	1,24	2,50	88,08	0,669	0,716	
	İçip bırakan	28	3,02	1,27	3,17	105,32			
<b>Fiziksel</b>	Halen içen	46	2,86	1,61	2,50	91,11	1,103	0,576	
	Hiç içmeyen	108	3,52	1,39	3,25	94,20			
<b>Seksüel</b>	İçip bırakan	28	3,46	1,34	3,53	92,50	1,103	0,576	
	Halen içen	47	3,35	1,39	3,25	86,65			
<b>Menopoza Özgü</b>	Hiç içmeyen	108	4,11	2,13	4,00	94,21	1,191	0,551	
	İçip bırakan	28	4,06	2,26	5,00	95,09			
<b>Yaşam Kalitesi</b>	Halen içen	47	3,72	2,20	4,00	85,07	1,191	0,551	
	Hiç içmeyen	108	3,41	1,18	3,28	88,80			
<b>Ölçeği</b>	İçip bırakan	28	3,41	1,08	3,54	92,80	1,191	0,551	
	Halen içen	47	3,57	1,29	3,81	98,87			

\* $p < 0,05$

Tablo 4.21.'de araştırma konusu kadınların antropometrik ölçümleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

Tablo 4.21.'den elde edilen verilere bakıldığında, araştırmaya katılan kadınların vücut ağırlığı ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Buna göre kadınların vücut ağırlığı arttıkça fiziksel puanları da artmaktadır.

Araştırmadaki kadınların boy uzunluğu ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin seksüel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak

anlamli ve negatif yönlü korelasyonlar saptanmış ( $p<0,05$ ); kadınların boy uzunluğu arttıkça seksüel puanlarının azaldığı görülmüştür.

Katılımcıların BKİ ile Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü; fiziksel ve seksüel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre kadın katılımcıların BKİ'leri arttıkça fiziksel ve seksüel puanları da artmakta, vazomotor puanları ise azalmaktadır.

Araştırmaya konu olan kadınların bel çevresi, bel/boy oranı ve kalça çevresi ile Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel ve seksüel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre kadınların bel çevresi, bel/boy oranı ve kalça çevresi arttıkça, fiziksel ve seksüel alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.21: Kadınların antropometrik ölçümleri ile PUKİ ve MÖYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar (n=183)

		Pittsburgh Uyku Kalitesi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Seksüel	MÖYKÖ
<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	rho	0,007	-0,144	0,069	0,277	0,119	0,085
	p	0,925	0,052	0,356	<b>0,000*</b>	0,109	0,253
<b>Boy uzunluğu (cm)</b>	rho	-0,021	0,011	-0,031	-0,037	-0,167	-0,070
	p	0,782	0,878	0,680	0,615	<b>0,024*</b>	0,349
<b>BKI (kg/m2)</b>	rho	0,028	-0,183	0,046	0,270	0,184	0,083
	p	0,707	<b>0,013*</b>	0,540	<b>0,000*</b>	<b>0,013*</b>	0,265
<b>Bel çevresi (cm)</b>	rho	0,113	-0,049	-0,023	0,209	0,187	0,121
	p	0,128	0,507	0,755	<b>0,005*</b>	<b>0,011*</b>	0,102
<b>Bel/Boy oranı</b>	rho	0,108	-0,072	-0,035	0,199	0,215	0,114
	p	0,147	0,335	0,637	<b>0,007*</b>	<b>0,003*</b>	0,123
<b>Kalça çevresi (cm)</b>	rho	0,099	-0,074	0,030	0,193	0,210	0,118
	p	0,180	0,317	0,692	0,009*	<b>0,004*</b>	0,112
<b>Bel/Kalça oranı</b>	rho	0,057	-0,053	-0,047	0,104	-0,044	-0,032
	p	0,441	0,474	0,527	0,161	0,553	0,665

\* $p < 0,05$

Tablo 4.22.'da araştırmaya dahil edilen kadınların besin alım miktarları ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

Tablo 4.22.'daki veriler incelendiğinde, katılımcıların yağ (%) ve D vitamini alım miktarı değerleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Buna göre kadınların diyetle yağ (%) ve D vitamini alım değerleri arttıkça,

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar azalmaktadır.

Araştırmada yer alan kadınların karbonhidrat (g) alım miktarı değerleri ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; karbonhidrat (%) alım miktarı değerleri ile ise Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre kadın katılımcıların karbonhidrat (g) değerleri arttıkça fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar da artmakta; karbonhidrat (%) değerleri arttıkça da Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Katılımcıların C vitamini alım miktarı değerleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre kadınların C vitamini değerleri arttıkça Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden aldıkları puanlar da artmaktadır. Ayrıca kadın katılımcıların B12 vitamini alım miktarı değerleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin seksüel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonların olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Buna göre, araştırmadaki kadınların B12 vitamini değerleri arttıkça Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin seksüel alt boyutundan aldıkları puanlar azalmaktadır.

Tablo 4.22: Kadınların besin alım miktarları ile PUKİ ve MÖYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar (n=183)

		Pittsburgh Uyku Kalitesi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Seksüel	MÖYKÖ
Enerji (kcal)	rho	-0,024	-0,016	0,004	0,086	0,011	0,032
	p	0,746	0,832	0,953	0,245	0,882	0,668
Protein (g)	rho	-0,031	0,031	0,062	0,015	-0,065	0,005
	p	0,675	0,674	0,409	0,845	0,385	0,945
Protein (%)	rho	-0,004	0,025	0,080	-0,062	-0,091	-0,025
	p	0,957	0,741	0,281	0,402	0,220	0,734
Yağ (g)	rho	-0,106	-0,036	0,026	-0,082	-0,018	-0,041
	p	0,153	0,626	0,727	0,270	0,809	0,582
Yağ (%)	rho	-0,194	-0,084	0,064	-0,271	-0,011	-0,111
	p	<b>0,008*</b>	0,256	0,391	<b>0,000*</b>	0,881	0,136
Karbonhidrat (g)	rho	0,082	0,006	-0,076	0,214	0,035	0,076
	p	0,271	0,934	0,305	<b>0,004*</b>	0,641	0,305
Karbonhidrat (%)	rho	0,173	0,061	-0,130	0,214	0,019	0,068
	p	<b>0,019*</b>	0,408	0,080	<b>0,004*</b>	0,796	0,363
Lif (g)	rho	0,129	0,042	-0,079	0,035	0,008	0,020
	p	0,081	0,576	0,289	0,638	0,915	0,791
Kalsiyum (mg)	rho	0,123	-0,037	0,064	0,061	0,084	0,060
	p	0,097	0,618	0,390	0,414	0,260	0,420
C Vit. (mg)	rho	0,236	-0,042	-0,087	0,138	0,061	0,024
	p	<b>0,001*</b>	0,574	0,242	0,062	0,413	0,745
A Vit. (µg)	rho	-0,090	-0,079	-0,091	-0,096	-0,068	-0,136
	p	0,226	0,290	0,223	0,198	0,364	0,066
D Vit. (mcg)	rho	-0,262	-0,140	-0,127	-0,158	-0,102	-0,212
	p	<b>0,000*</b>	0,059	0,087	<b>0,033*</b>	0,168	0,004
E Vit. (Eşd.)	rho	-0,073	0,034	0,037	0,028	0,039	0,062
	p	0,323	0,645	0,616	0,705	0,601	0,403
E Vit. (mg)	rho	-0,064	0,030	0,028	0,025	0,033	0,054
	p	0,392	0,683	0,703	0,737	0,660	0,466
B12 Vit. (mcg)	rho	-0,171	-0,039	-0,013	-0,088	-0,163	-0,137
	p	<b>0,021*</b>	0,601	0,867	0,237	<b>0,027*</b>	0,065
Sodyum (mg)	rho	-0,026	0,048	-0,021	-0,006	0,050	0,037
	p	0,730	0,520	0,783	0,939	0,504	0,623
Magnezyum (mg)	rho	0,042	0,084	0,033	0,003	0,009	0,067
	p	0,576	0,258	0,660	0,972	0,908	0,368
Demir (mg)	rho	-0,027	0,003	-0,105	-0,086	-0,077	-0,085
	p	0,721	0,966	0,160	0,249	0,303	0,250
Toplam folik asit (µg)	rho	0,055	-0,045	-0,030	0,085	0,026	-0,003
	p	0,457	0,544	0,686	0,253	0,726	0,971
Serbest folik asit (µg)	rho	0,026	-0,069	-0,032	0,054	0,029	-0,011
	p	0,731	0,356	0,666	0,464	0,699	0,883

\* $p < 0,05$



Tablo 4.23.'te kadınların kahve içme durumuna göre PUKİ ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.23. incelendiğinde kadınların kahve içme durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların kahve içme durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kahve içen kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden aldıkları puanlar içmeyenlere göre yüksektir. Kadınların kahve içme durumuna göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.23. Kadınların kahve içme durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

	<b>Kahve içme</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>M</b>	<b>SO</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Pittsburgh Uyku Kalitesi</b>	İçmeyen	18	6,50	2,43	6,50	78,72	-1,129	0,259
	İçen	165	7,42	3,00	7,00	93,45		
<b>Vazomotor</b>	İçmeyen	18	2,59	2,19	1,67	72,22	-1,682	0,093
	İçen	165	3,64	2,31	3,00	94,16		
<b>Psikososyal</b>	İçmeyen	18	2,89	1,99	2,00	83,56	-0,675	0,500
	İçen	164	2,76	1,26	2,50	92,37		
<b>Fiziksel</b>	İçmeyen	18	3,09	1,60	2,63	73,39	-1,570	0,116
	İçen	165	3,51	1,35	3,31	94,03		
<b>Seksüel</b>	İçmeyen	18	3,48	2,49	2,83	78,31	-1,163	0,245
	İçen	165	4,06	2,12	4,00	93,49		
<b>Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	İçmeyen	18	3,01	1,82	2,38	61,31	-2,589	<b>0,010*</b>
	İçen	165	3,50	1,09	3,48	95,35		

\* $p<0,05$

Tablo 4.24.'te kadınların çay içme durumuna göre PUKİ ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması için kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.24. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadınların çay içme durumuna göre PUKİ ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.24: Kadınların çay içme durumuna göre PUKİ ve MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması

	Çay içme	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
<b>Pittsburgh Uyku Kalitesi</b>	İçmeyen	14	8,07	3,52	7,00	98,75	-0,500	0,617
	İçen	169	7,27	2,90	7,00	91,44		
<b>Vazomotor</b>	İçmeyen	14	3,57	2,55	2,17	91,64	-0,026	0,979
	İçen	169	3,54	2,30	3,00	92,03		
<b>Psikososyal</b>	İçmeyen	14	3,58	2,01	3,17	112,96	-1,589	0,112
	İçen	168	2,70	1,26	2,50	89,71		
<b>Fiziksel</b>	İçmeyen	14	4,04	1,51	4,13	114,61	-1,662	0,097
	İçen	169	3,42	1,36	3,25	90,13		
<b>Seksüel</b>	İçmeyen	14	4,52	3,05	5,50	101,36	-0,693	0,489
	İçen	169	3,96	2,08	4,00	91,22		
<b>Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	İçmeyen	14	3,93	1,66	3,64	107,93	-1,171	0,242
	İçen	169	3,41	1,14	3,46	90,68		

## Bölüm 5

### TARTIŞMA

#### 5.1 Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Gazimağusa ilçesinde ikamet eden menopoza girmiş kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmaya toplam 183 kadın dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların 33'ü 50 yaş ve altı, 57'si 51-55 yaş aralığında, 47'si 56-60 yaş aralığında, 46'sı ise 61-65 yaş aralığında idi. Kadınların yaş ortalaması  $56,08 \pm 5,73$  olarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

Daniele ve arkadaşlarının İtalya'da 120 menopoz dönemindeki kadınlarla yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalamasını  $49,86 \pm 3,8$  yıl olarak saptanmıştır (147). Gottschalk ve arkadaşlarının Norveç'te kadınların menopoz durumlarına ilişkin yaptıkları çalışmada kadınların yaş ortalamaları  $62,5 \pm 4,2$  yıl olarak bulunmuştur (148).

Malatya'da özel bir kliniğe başvuran menopoz dönemindeki 70 kadın üzerinde yapılan çalışmada kadınların yaş ortalaması  $54 \pm 5,8$  bulunmuştur (149). Hacıoğulları'nın İstanbul'da menopoz dönemine girmiş 98 kadınla yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalamasını 52,95 yıl olduğu saptanmıştır (150).

Yapılan çalışmanın sonuçları Sağnak'ın ve Hacıoğulları'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Daniele ve Gottschalk'ın çalışma sonuçlarından ise farklı bulunmuştur.

KKTC Enformasyon Dairesi'nin verilerine göre KKTC'deki okur-yazar oranı %97 olarak belirtilmiştir (151). Çalışmaya dahil edilen kadınların %80,33'ün evli, %16,39'un dul/boşanmış ve %3,28'in bekar olduğu saptanmıştır. Kadınların %40,44'ünün ilköğretim mezunu, %27,87'sinin üniversite mezunu, %25,68'inin lise ve dengi bir okuldan mezun olduğu, %6,01'inin ise okur-yazar olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.1). Kadınların çalışma durumuna bakıldığında; %39,89'unun ev hanımı, %31,15'inin emekli, %28,96'sının çalışmaya devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Gümüşay'ın (2019) pre/peri/post menopoz dönemindeki 197 kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların %78,7'sinin evli olduğu bulunmuştur. Çalışmaya dahil olan kadınların %31'i ilkokul mezunu, %22,3'ü ortaokul mezunu, %19,8'i lise mezunu, %17,8'i okur-yazar ve %9,1'i üniversite ve üzeri, %63,5'inin ise ev hanımı olduğu saptanmıştır (152).

Er'in 2011 yılında KKTC'de 384 menopoz dönemindeki kadınla yaptığı çalışmada kadınların %65,6'sının evli olduğu belirtilmiştir. Kadınların %45,1'i ilkokul mezunu, %23,7'si lise mezunu, %14,5'i okur-yazar, %8,9'u okur-yazar değil ve %7,8'i üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan kadınların %84,6'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir (153). Fidan'ın 384 menopoz dönemindeki kadınlar ile ilgili KKTC'de yaptığı çalışmada, kadınların %41,41'inin lise mezunu, %19,53'ünün üniversite mezunu, %16,41'inin ortaokul mezunu, %14,32'sinin ilkokul mezunu ve %8,33'ünün okur-yazar olduğu saptanmıştır (154).

Yapılan çalışmanın sonuçları Gümüşay, Fidan ve Er'in çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir. Kadınların eğitim seviyesi arttıkça çalışma oranının da arttığı gözlemlenmiştir.

Menopoz döneminde değişen hormon seviyelerinden dolayı kadın sağlığı olumsuz etkilenmekte olup, bazı semptom ve hastalıklar görülebilmektedir (47). Menopoz dönemindeki kadınlarda yaşın ilerlemesi ile birlikte diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklarda artış olduğu gözlenmiştir (155). Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların %54,10'unda tanısı konmuş kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların %47,47'sinde hipertansiyon, %23,23'ünde diyabet, %16,16'sında tiroid, %14,14'ünde kolesterol, %9,09'unda kanser ve %6,06'sında kardiyovasküler hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Malatya'da menopoza girmiş kadınlar üzerine çalışma yapan Sağnak, yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların %43,5'inde hipertansiyon, %30,4'ünde diyabet ve %21,7'sinde kalp hastalığı olduğunu saptamıştır(149). Yiğit'in, postmenopozal kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların %64'ünde tanısı konmuş kronik hastalık olduğu, kronik hastalığı olanların %43'ünde hipertansiyon, %28'inde diyabet, %14,8'inde kolesterol ve %8,6'sında kalp-damar hastalığı olduğu saptanmıştır (156).

Er, KKTC'de 384 kişi ile yaptığı çalışmasında kadınların %72,5'inde hipertansiyon, %41'inde kolesterol, %31,2'sinde diyabet ve %26,8'inde kalp hastalığı olduğu sonucuna varmıştır (153).

Yapılan çalışmanın sonuçları Yiğit'in çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Sağnak ve Er'in çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Sonuçlardaki farklılığın sebebinin, araştırmaya katılan kadınların kültürel beslenme alışkanlıklarındaki farklılık ve genetik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Menopoz öncesi dönemde ve menopoz döneminde sigara kullanımı dolaşımdaki östrojen seviyelerinin azalmasına, östrojen reseptörü bağlanmasının

değişmesine, folikül yaşlanmasının hızlanmasına ve foliküllerde azalmaya neden olmaktadır (42). Araştırma verilerine göre katılımcıların %25,68'i sigara içmektedir (Tablo 4.3). Sigara içen kadınların %42,55'inin 1-9 adet arasında, %36,27'sinin 10-19 adet arasında ve %21,28'inin 20 adedin üzerinde sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 4.3).

Bromberger ve arkadaşlarının Afrikalı, Amerikalı, Beyaz, Çinli, Hispanik ve Japon kadınlardan oluşan ve doğal yolla menopoza girmiş topluluk örneğinde yaptıkları kohort çalışmasında kadınların %22,5'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir (13). Chung ve Tang'ın, Hong Konglu Çinli orta yaşlı kadınlarla yaptığı araştırma sonucunda kadınların %3,0'ünün sigara içtiği saptanmıştır (157).

Avcı, İstanbul'da Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran 120 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların %25'inin sigara içtiğini belirtmiştir (59). Sağnak'ın, Malatya'da 70 menopoz dönemindeki kadının dahil olduğu çalışmada kadınların %15,7'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir (149).

Çalışma sonucuna göre, Bromberger ve Avcı'nın çalışma sonuçlarıyla istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Chung ve Tang ve Sağnak'ın çalışma sonuçlarına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın coğrafik farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Premenopoz ve menopoz dönemi boyunca kadınların yaklaşık olarak %40 - %60'ının uykusuzluk veya uyku bozukluğu gibi durumlar yaşadığı bilinmektedir (103). Uyku öncesinde alkol alınması uykuya geçişi kolaylaştırırsa da, uykuda bölünmelere ve kısalmalara neden olmaktadır (135). Çalışmamıza katılan kadınların %89,62'sinin alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Choi ve arkadaşlarının Güney Kore’li menopoz dönemindeki kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %34,7’sinin (158), Dabrowska-Galas ve arkadaşlarının menopoz dönemindeki 320 Polonyalı kadın ile yaptığı çalışmada ise kadınların %26,54’ünün alkol kullanmadığı saptanmıştır (159).

Avcı’nın İstanbul’da 120 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışma sonucunda kadınların %97,5’inin alkol kullanmadığı verisine ulaşılmıştır (59). Ağan’ın Düzce Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuranlar arasından seçilen menopoz dönemindeki kadınlarla yaptığı araştırmada kadınların %95,5’inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (160).

Çalışma sonucu, Türkiye’de yapılan Avcı ve Ağan’ın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, yurtdışından yapılan Dabrowska-Galas ve Choi’nin yapmış olduğu çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir. İstatistiksel farklılığın yaşanılan coğrafi bölge ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Menopoz döneminde yaşın ilerlemesine bağlı olarak bazal metabolizma hızındaki azalma ve hormon seviyelerindeki değişim kiloda artışa neden olmaktadır. Bu dönemde fiziksel aktivite yapmak menopoz dönemindeki kilo artışını ve oluşabilecek sağlık problemlerini azaltmaktadır (88). Çalışmamıza katılan kadınların %21,31’inin düzenli spor yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Choi ve arkadaşlarının Güney Koreli menopoz dönemindeki kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %19,7’sinin düzenli spor yaptığı saptanmıştır (158). Valiensi ve ark.’nın 2019 yılında Arjantin’de bulunan İtalyan Hastanesine başvuran 40-59 yaş aralığındaki 195 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların %71,7’sinin düzenli spor yaptığı bulunmuştur (161).

Timur'un Malatya'da yaşayan 887 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada kadınların %26,4'ünün düzenli spor yaptığı (162), Gümüşay'ın pre/peri/post menopoz dönemindeki 197 kadın ile yaptığı çalışmada ise kadınların %35,5'inin düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir (152). Vural'ın İstanbul'da iki ayrı özel kliniğe başvuran 67 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların %31,3'nün düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır (163).

Çalışmanın sonuçları, Choi ve Timur'un çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Valiensi'nin, Vural'ın ve Gümüşay'ın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Bunun nedenin araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu, kültürel farklılık ve zaman yetersizliğinden olduğu düşünülmektedir.

## **5.2 Bireylerin Menopozal Durumlarının Değerlendirilmesi**

Kadınların ilk adetlerinin erken veya geç görülmesini sağlayan çeşitli faktörler vardır. Irk, hormonal durum, iklim, genetik özellikler, beslenme durumu, çevresel faktörler ilk adet yaşını etkileyebilmektedir. Çalışmamıza katılan kadınların ilk adet yaşı ortalaması  $13,20 \pm 1,47$  yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Choi ve arkadaşlarının Güney Koreli menopoz dönemindeki kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların ilk menarş yaşı  $15,4 \pm 0,1$  yıl olarak belirtilirken (158), Türkoğlu'nun çalışmasında 30 kadına ait ilk adet yaşı  $12,9 \pm 0,18$  yıl olarak saptanmıştır (164). Er'in KKTC'de 384 kişi ile yaptığı çalışmasında ilk menarş yaşı  $13,4 \pm 1,4$  yıl bulunurken (153), Fidan'nın KKTC'nin Gazimağusa bölgesindeki kadınlarla yaptığı çalışmasında, katılımcıların ilk adet yaşı  $12,68 \pm 1,31$  yıl olarak saptanmıştır (154).

Çalışmanın sonuçları, Choi ve arkadaşlarının, Türkoğlu'nun, Er'in ve Fidan'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel benzerlik göstermektedir.



Menopoza giriş çeşitleri başlangıç yaşına göre; erken, normal ve geç olarak, oluşum biçimine göre ise; doğal ve cerrahi olarak ayrılmaktadır. Çalışmamızda kadınların menopoza giriş şekli, %84,70'i doğal, %13,11'i cerrahi ve %2,19'u ilaç aracılığı ile olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Fakılı'nın 2013 yılında menopoza girmiş 100 kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların %77'sinin doğal yolla, %12'sinin cerrahi yolla ve %11'sinin ilaç ile menopoza girdiği saptanmıştır (20). Yağmur'un 2018 yılında Malatya'da 400 menopoza girmiş kadınla yaptığı çalışmasında, kadınların %79'unun doğal, %13'ünün cerrahi ve %8'inin diğer nedenlerden dolayı menopoza girdiği belirlenmiştir (165). Er'in 2011 yılında KKTC'de yaptığı çalışmasında kadınların %92'si doğal yolla, %8'i cerrahi yolla menopoza girdiği belirlenmiştir (153).

Çalışma sonuçları Fakılı'nın ve Yağmur'un çalışmalarındaki cerrahi yoldan menopoza girme bulguları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, doğal ve ilaç yolu ile menopoza girme bulguları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Ayrıca çalışmamız Er'in çalışmasıyla her yönden istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Menopoz döneminde görülen semptomların en önemli nedeni vücuttaki östrojen seviyesinin düşmesidir. Oluşan semptomları azaltmak ve östrojen seviyesini düzenlemek için hormon tedavileri veya alternatif tedaviler uygulanmaktadır. Çalışmamızdaki kadınların %88,52'sinin menopoza yönelik herhangi bir tedavi almadığı saptanmıştır (Tablo 4.5).

Bardel ve arkadaşlarının İsveç'te 2991 menopozlu kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %82,7'sinin menopoza yönelik herhangi bir tedavi almadığı belirlenmiştir (166). Cheng ve arkadaşlarının 1113 Tayvanlı kadın ile yaptığı

çalışmasında, kadınların %75,1'i menopoza yönelik herhangi bir tedavi almadığı saptanmıştır (167).

Yurdakul ve arkadaşlarının 2007 yılında Mersin Devlet Hastanesi Jinokoloji bölümüne başvuru yapan 83 kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların %88'inin menopoza yönelik herhangi bir tedavi almadığı belirlenmiştir (75). Özer'in 2014 yılında Şanlıurfa ilinde 1001 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasındaki kadınların %96'sı menopoza yönelik tedavi almamıştır (43).

Çalışmanın sonuçları Bardel ve ark.'nın, Cheng ve ark.'nın, Yurdakul ve ark.'nın ve Özer'in çalışmasının bulguları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %32,24'ü menopoz dönemi hakkında bilgi almış olup, %76,27'si bu bilgiyi sağlık personelinde, %20,34'ü televizyon, gazete ve internetten ve %3,39'u komşu, akrabadan bilgi aldığını belirtmektedir (Tablo 4.5). Yurdakul'un çalışmasında kadınların %38,6'sının bilgi aldığını ve %71,8'inin bilgiyi sağlık personelinde, %28,2'si komşu, akrabadan aldığını belirtmiştir (75). Çakıl'ın 2010 yılında Kırşehir ilinde 364 kadın ile yürüttüğü çalışmasında kadınların %36,3'ü bilgi almış ve %100'ünün bu bilgiyi sağlık personelinde almış olduğu bildirilmiştir (168). Yağmur'un 2018 yılında Malatya'da 400 menopoza girmiş kadınla yaptığı çalışmasında ,kadınların %39,3'ünün bilgi aldığını ve %29'unun bu bilgiyi sağlık personelinde, %5,8'i akraba, arkadaştan ve %4,5'u televizyon, internetten bilgi aldığını belirtmiştir (165).

Çalışma sonuçları diğer çalışmaların kadınların menopozla ilgili bilgi alma sonuçları ile kıyaslandığında istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, bilgiyi aldıkları kişiler yönünden istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

### 5.3 Kadınların Beslenme Alışkanlıklarına Ait Verilerin Değerlendirilmesi

Besinlerin vücuda alım zamanı, miktarı ve içeriğine göre vücutta enzimatik ve hormonal değişiklikler olmaktadır. Tek yönlü, uzun veya sık aralıklarla beslenme, vücudun oluşturduğu değişimlerden olumsuz etkilenmektedir (169). Vücut metabolizmasının düzenli çalışması için, günlük 3-6 öğün şeklinde ve öğün araları 3-4 saat aralığında olmalıdır (170).

Çalışmaya katılan bireylerin %53,01'i düzenli öğün tüketmediği, %58,04'ünün en sık kuşluk öğününü atladığı ve %76,22'sinin öğün atlama nedeninin ise canının istememesi olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.6).

Fakılı çalışmasına katılan menopoza girmiş 100 kadının %44' ünün düzenli öğün tüketmediklerini ve en sık olarak öğle öğününü (%37) atladığı saptanmıştır (20). Sağnak'ın çalışmasında ise menopoza girmiş 70 kadının %87,1'inin düzenli olarak öğün tüketmediği, %52,9'unun en çok kuşluk öğününü atladığı ve %60,7'sinin öğün atlama nedeni olarak isteksizlik olduğu sonucuna varılmıştır (149).

Çalışma sonucu Sağnak ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Fakılı'nın çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların diyetle günlük enerji alım ortalamaları 1284,76  $\pm$ 372,81 kcal, diyetle günlük karbonhidrat alım ortalamaları 124,83  $\pm$ 45,86 g, diyetle günlük protein alım ortalamaları 50,12  $\pm$ 17,93 g, diyetle günlük yağ alım ortalamaları 63,60  $\pm$ 26,03 g ve diyetle günlük lif alım ortalamaları 16,88  $\pm$ 6,66 g olarak bulunmuştur (Tablo 4.8).

Fakılı çalışmasına katılan menopoza girmiş 100 kadının diyetle günlük enerji alım ortalamalarını 1935  $\pm$ 514,85 kcal, diyetle günlük karbonhidrat alım ortalamalarını 183,9  $\pm$ 64,86 g, diyetle günlük protein alım ortalamaları 76,4  $\pm$ 25,29

g, diyetle günlük yağ alım ortalamaları  $100,7 \pm 28,25$  g olarak bulmuştur (20). Bulmuş Ankara'da menopoza girmiş 300 kadın ile yaptığı çalışmasında kadınların diyetle günlük enerji alım ortalamalarını  $1755 \pm 449,28$  kcal, diyetle günlük karbonhidrat alım ortalamalarını  $167,2 \pm 56,4$  g, diyetle günlük protein alım ortalamaları  $68,3 \pm 20,42$  g, diyetle günlük yağ alım ortalamaları  $88,9 \pm 27,9$  g olarak bulmuştur (197). Can Kayseri Bünyan Devlet Hastanesi'ne başvuran menopoza girmiş 136 kadın ile yaptığı çalışmasında çalışmasına dahil olan kadınların diyetle günlük enerji alım ortalamalarını  $1673,30 \pm 301,09$  kcal, diyetle günlük karbonhidrat alım ortalamalarını  $201,09 \pm 49,83$  g, diyetle günlük protein alım ortalamaları  $67,07 \pm 19,01$  g, diyetle günlük yağ alım ortalamaları  $64,48 \pm 21,19$  g olarak bulmuştur (198).

Çalışmanın sonuçları Fakılı ve Bulmuş'un çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Can'nın çalışma sonuçları ile sadece diyetle günlük yağ alım ortalamaları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, diğer sonuçlar ile farklılık göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların diyetle günlük kalsiyum alım ortalamaları  $638,43 \pm 276,04$  mg, diyetle günlük C vitamin alım ortalamaları  $104,70 \pm 79,06$  mg, diyetle günlük magnezyum alım ortalamaları  $203,78 \pm 74,38$  mg, diyetle günlük B<sub>12</sub> alım ortalamaları  $2,84 \pm 1,73$  mcg, diyetle günlük demir alım ortalamaları  $7,64 \pm 2,47$  mg olarak bulunmuştur (Tablo 4.8).

Fakılı çalışmasına katılan menopoza girmiş 100 kadının diyetle günlük kalsiyum alım ortalamaları  $828,4 \pm 789,68$  mg, diyetle günlük C vitamin alım ortalamaları  $132,3 \pm 128,89$  mg, diyetle günlük magnezyum alım ortalamaları  $341,8 \pm 324,50$  mg, diyetle günlük B<sub>12</sub> alım ortalamaları  $4,0 \pm 3,27$  mcg, diyetle günlük demir alım ortalamaları  $12,0 \pm 11,35$  mg olarak bulmuştur (20). Bulmuş Ankara'da

menopoza girmiş 300 kadın ile yaptığı çalışmasında kadınların diyetle günlük kalsiyum alım ortalamaları  $678,3 \pm 279,3$  mg, diyetle günlük C vitamin alım ortalamaları  $130,1 \pm 67,43$  mg, diyetle günlük magnezyum alım ortalamaları  $267,7 \pm 95,8$  mg, diyetle günlük B<sub>12</sub> alım ortalamaları  $5,7 \pm 15,75$  mcg, diyetle günlük demir alım ortalamaları  $11,9 \pm 3,98$  mg olarak bulmuştur (197).

Çalışma sonuçları Fakılı'nın C vitamin ve B<sub>12</sub> vitamini sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Bulmuş'un kalsiyum, magnezyum ve C vitamin sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

#### **5.4 Kadınların Antropometrik Ölçümlerine Ait Verilerin Değerlendirilmesi**

Menopoz ile birlikte kadınların bazal metabolizma hızındaki azalma, hormon seviyelerindeki değişim ve fiziksel aktivitenin azalması ile birlikte vücut ağırlığında artış meydana gelmektedir (88). Çalışmamıza katılan kadınların vücut ağırlığı ortalaması  $70,21 \pm 11,17$  kg olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Daniele ve arkadaşlarının 2004 yılında 120 İtalyan kadın ile yürüttüğü çalışmasında kadınların vücut ağırlığı ortalaması  $68,88 \pm 14$  kg olarak saptanırken (147), Kharbouch ve Şahin'nin 202 doğal menopoza girmiş kadınla yapmış olduğu çalışmada kadınların kilo ortalamasını  $72,1 \pm 11,15$  kg olarak saptanmıştır (146). Kal'ın 2011 yılında Konya ilindeki 5180 kadını dahil ettiği çalışmada kadınların kilo ortalaması  $75,27 \pm 10,04$  kg bulunurken (171), Fidan'nın KKTC'de 384 menopoza girmiş kadınla yürüttüğü çalışmasında kadınların kilo ortalaması  $74,26 \pm 13,09$  kg olarak bulunmuştur (154).

Çalışmanın sonuçları Kharbouch ve Şahin ve Daniele'nin çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Kal'ın ve Fidan'nın sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Östrojen seviyesindeki düşüş, vücudun daha fazla insülin üretmesine ve bu da insülin direncine neden olmaktadır. Bunun sonucunda iştahta artma ve kilo artışı meydana gelmektedir. Beden kütle indeksi, vücut ağırlığının yüksek olabileceğinin bir göstergesidir (172). Çalışmamızdaki kadınların BKİ'leri  $27,20 \pm 4,13 \text{ kg/m}^2$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Shın ve ark.'nın 2400 Koreli menopoz dönemindeki kadını incelediği çalışmasında kadınların BKİ ortalamaları  $24,8 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$  olarak saptanmıştır (173). Kim ve ark.'nın 2018 yılında 44-56 yaş aralığındaki 634 Koreli menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların BKİ ortalamalarını  $23,1 \pm 3,1 \text{ kg/m}^2$  olarak saptamıştır (174). Valiensi ve ark.'nın 2019 yılında Arjantin'de bulunan İtalyan Hastanesine başvuran 40-59 yaş aralığındaki 195 menopoz dönemindeki kadınlar ile yaptığı çalışmada kadınların BKİ ortalaması  $25,2 \pm 4$  olarak saptanmıştır (161).

Karaçam ve Şeker'in çalışmasında 886 menopoz dönemindeki kadınlar incelenmiş ve bu kadınların BKİ ortalamaları  $28,24 \pm 4,71 \text{ kg/m}^2$  (175), Timur'un Malatya'da yaşayan 887 menopoz dönemindeki kadın ile yürüttüğü çalışmasında ise kadınların BKİ ortalamaları  $27,74 \pm 4,55 \text{ kg/m}^2$  olarak bulunmuştur (162). Fidan'nın KKTC'de 284 menopoz dönemindeki kadını dahil ettiği çalışmasında kadınların BKİ ortalamaları  $28,71 \pm 5,35 \text{ kg/m}^2$  olarak saptanmıştır (154).

Çalışmanın sonuçları, Shın, Kim, Valiensi, Karaçam ve Şeker, Timur ve Fidan'nın bulguları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

## **5.5 Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Skorlarına Ait Verilerin Değerlendirilmesi**

Menopoz döneminde ortaya çıkan değişiklikler; yaşlanma, stres, psikolojik faktörler, hormonal değişiklikler, sağlık problemleri ve kültürel farklılıklar uyku

bozukluklarına neden olabilmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen iyi ve kötü uykunun tanımlanması amacıyla bireyin uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü veren bir ölçektir. Puan değerlerinin 5 ve altında olması iyi uyku kalitesi, 5'in üzerinde olması ise kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması  $7,33 \pm 2,95$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.10). Bu sonuca göre araştırmaya katılan kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Taavoni ve ark. İran'daki Tahran Tıp Bilimler Üniversitesinin seçilmiş dört kliniğine başvuru yapan 50-60 yaş aralığında 700 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların PUKİ puan ortalamasını  $7,84 \pm 4,4$  olarak saptamış ve buna göre kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (176). Monterrosa-Castro ve ark.'nın 40-59 yaş aralığındaki 1078 Kolombiyalı kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların PUKİ puan ortalaması 5,9 olarak saptanmıştır (177). Moudi ve arkadaşlarının 2018 yılında 600 postmenopoz dönemindeki kadınla yaptıkları çalışmada PUKİ puan ortalaması  $6,7 \pm 3,41$  olarak bulunmuş ve bu sonuç çalışmaya katılan kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermiştir (178). Valiensi ve ark.'nın 2019 yılında Arjantin'de bulunan İtalyan Hastanesine başvuran 40-59 yaş aralığındaki 195 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada kadınların PUKİ puan ortalaması  $6,90 \pm 4,4$  olarak saptanmıştır (161).

Haliloğlu'nun İstanbul'da osteoporoz tanısı almış 105 postmenopozlu kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların PUKİ puan ortalamasını  $6,98 \pm 4,42$  olarak saptamıştır. Çalışmaya katılan kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (179). Kaya'nın İstanbul'da 70 yetişkin kadın ile yaptığı çalışmasında PUKİ puan ortalaması  $5,02 \pm 3,11$  olarak bulunmuştur (180). Yılmaz'ın 60

postmenopoz dönemindeki kadını rastgele 2 gruba ayırarak yaptığı araştırmada ilk gruptaki kadınların PUKİ puan ortalaması  $7,45 \pm 5,05$  saptanırken, ikinci grubun PUKİ puan ortalaması  $6,76 \pm 3,92$  olarak belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında her iki grupta yer alan kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (181).

Çalışmanın sonuçları yurtdışından yapılan Taavoni'nin, Monterrosa-Castro'nun, Moudi'nin, Valiense'nin çalışma sonuçlarıyla ve Türkiye'den yapılan Haliloğlu'nun, Kaya'nın ve Yılmaz'ın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

Bireylerin günlük 7 saatten az uyumaları BKİ değerlerinde artışa neden olmaktadır. Ayrıca, günlük uyku süresi kısa olan bireylerin gün içerisinde atıştırma besin tüketiminin fazla olduğu bilinmektedir (182). Çalışmamızda kadınların BKİ sınıflamaları (zayıf, normal, şişman, obez) ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Şekil 4).

Kim ve ark.'nın 2018 yılında 44-56 yaş aralığındaki 634 Koreli menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kötü uyku kalitesine sahip kadınların BKİ'lerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (174).

Öztürk ve Ayhan'nın 105 kadın ile yaptığı çalışmada BKİ ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (183). Benzer şekilde Kaya'nın İstanbul'da 70 yetişkin kadın ile yaptığı çalışmada BKİ ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (180).

Çalışmanın sonuçları Kim ve ark.'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık gösterirken, Kaya'nın, Öztürk ve Ayhan'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.



Araştırmamıza katılan kadınların eğitim durumları ile PUKİ puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). Okur-yazar olmayan kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Taavoni ve ark.'nın İran'daki Tahran Tıp Bilimler Üniversitesinin seçilmiş dört kliniğine başvuru yapan 50-60 yaş aralığında 700 menopoza dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada uyku bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Çıkan sonuçlara göre PUKİ puanı yüksek olan kadınların eğitim seviyesinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır (176). Kim ve ark.'nın 2018 yılında 44-56 yaş aralığındaki 634 Koreli menopoza dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasında da PUKİ puanı yüksek olan kadınların eğitim seviyesi düşük olarak saptanmıştır (174).

Kaya'nın çalışmasına katılan 70 yetişkin kadının eğitim seviyeleri ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>0.05$ ) (180). Çalışmamızın sonuçları Taavoni ve ark.'nın ve Kim ve ark.'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Kaya'nın sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Besinlerin içeriğine veya alım miktarına bağlı olarak uyku kalitesinin etkilenebildiği bilinmektedir. Araştırmaya katılan kadınların günlük karbonhidrat, yağ, C vitamini ve D vitamini alımları ile PUKİ puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.13). Günlük yağ ve D vitamini tüketim miktarları yüksek olan kadınların iyi uyku kalitesine sahip oldukları, günlük karbonhidrat ve C vitamini tüketim miktarları yüksek olan kadınların ise kötü uyku kalitesine sahip oldukları sonucuna varılmıştır.

Grandner ve ark.'nın 459 postmenopozal kadının 7 günlük besin tüketimini incelediği çalışmada yağ tüketiminin uyku kalitesi ile pozitif yönlü ilişkili olduğu

sonucuna varılmıştır (184). Peuhkuri ve ark.'nın Finlandiya'da yürüttüğü çalışmada bireylerin yağ içeriği yüksek besinleri tüketmesi sonucu kötü uyku kalitesine sahip oldukları sonucuna varılmıştır (185). Katagiri ve ark.'nın 34-65 yaş aralığındaki 3129 kadın ile yaptığı çalışmada, yüksek karbonhidrat tüketimi ve kalitesiz uyku arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (186).

Öçal Ankara'da yaptığı çalışmada, iyi uyku kalitesine sahip olan kadınların günlük diyetle karbonhidrat alım ortalaması  $109,11 \pm 24,08$  g iken kötü uyku kalitesine sahip olan kadınların ortalaması  $108,32 \pm 41,64$  g olarak saptanmıştır. Ayrıca, iyi uyku kalitesi olan kadınların günlük diyetle yağ alım ortalaması  $63,47 \pm 17,52$  g, kötü uyku kalitesi olan kadınların ortalaması  $66,3 \pm 16,35$  g olarak saptanmıştır. Çalışmada, iyi uyku kalitesi olan kadınların günlük C vitamini alım ortalaması  $64,65 \pm 24,23$  mg, kötü uyku kalitesi olan kadınların ortalaması  $62,49 \pm 27,33$  mg'dır. Öçal çalışma sonuçlarında karbonhidrat, yağ ve C vitamin tüketimi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (187). Balcı'nın yine Ankara'da yaptığı araştırmasında, iyi uyku kalitesine sahip olan kadınların günlük diyetle karbonhidrat alım ortalaması  $178.3 \pm 85.2$  g iken kötü uyku kalitesine sahip olan kadınların ortalaması  $203.9 \pm 85.7$  g'dır. Ayrıca, iyi uyku kalitesi olan kadınların günlük diyetle yağ alım ortalaması  $70.6 \pm 29.0$  g, kötü uyku kalitesi olan kadınların ortalaması  $63.4 \pm 20.5$  g olarak saptanmıştır. Çalışmada, iyi uyku kalitesi olan kadınların günlük C vitamini alım ortalaması  $74.7 \pm 46.8$  mg, kötü uyku kalitesi olan kadınların ise ortalaması  $77.1 \pm 37.6$  mg olarak saptanmıştır. Balcı çalışma sonuçlarında karbonhidrat, yağ ve C vitamin tüketimi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (188). Yılmaz'ın yaptığı

çalışmada düşük D vitamini seviyesine sahip bireylerin kötü uyku kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır (181).

Çalışmanın sonuçları Grandner'nin, Katagiri ve ark.'nın, Peuhkuri ve ark.'nın ve Yılmaz'ın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Balcı'nın ve Öçal'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

## **5.6 Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi**

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği; menopoz yakınmalarının şiddet ve varlığını değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek sonucuna göre, puan arttıkça yakınma şiddeti de artmaktadır.

Çalışmaya dahil olan kadınların MÖYKÖ genelinden ortalama  $3,45 \pm 1,19$  puan, ölçeğin vazomotor alt boyutundan ortalama  $3,54 \pm 2,32$  puan, psikososyal alt boyutundan  $2,77 \pm 1,35$  puan, fiziksel alt boyutundan  $3,47 \pm 1,37$  puan ve seksüel alt boyutundan ortalama  $4,00 \pm 2,16$  puan aldıkları saptanmıştır.

Kabodi ve ark.'nın İran'da 40-60 yaş aralığında 218 postmenopoz dönemindeki kadının dahil olduğu çalışmasında, kadınların MÖYKÖ genelinden ortalama  $3,15 \pm 0,97$  puan, ölçeğin vazomotor alt boyutundan ortalama  $3,71 \pm 1,81$  puan, psikososyal alt boyutundan ortalama  $3,32 \pm 0,95$  puan, fiziksel alt boyutundan ortalama  $2,9 \pm 1,06$  puan ve cinsel alt boyutundan ortalama  $3,74 \pm 1,59$  puan aldıkları saptanmıştır (189). İbrahim ve ark.'nın Mısırda 45-70 yaş aralığındaki 350 postmenopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların MÖYKÖ vazomotor alt boyutundan ortalama  $3,01 \pm 1,78$  puan, psikososyal alt boyutundan ortalama  $3,08 \pm 0,98$  puan, fiziksel alt boyutundan ortalama  $3,18 \pm 0,92$  puan ve cinsel alt boyutundan ortalama  $3,12 \pm 1,66$  puan aldıkları görülmüştür (190). El Hajj ve ark.'nın Lübnan'da 40-60 yaş arası 1113 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı

çalışmasında, kadınların MÖYKÖ vazomotor alt boyutundan ortalama  $2,4 \pm 1,7$  puan, psikososyal alt boyutundan ortalama  $3,0 \pm 1,5$  puan, fiziksel alt boyutundan ortalama  $3,2 \pm 1,3$  puan ve cinsel alt boyutundan ortalama  $2,6 \pm 2,0$  puan aldıkları belirlenmiştir (191).

Avcı'nın İstanbul'da 120 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların MÖYKÖ vazomotor alt boyutundan ortalama  $6,09 \pm 1,64$  puan, psikososyal alt boyutundan ortalama  $5,22 \pm 1,19$  puan, fiziksel alt boyutundan ortalama  $5,65 \pm 0,82$  puan ve cinsel alt boyutundan ortalama  $5,60 \pm 1,95$  puan aldıkları görülmüştür (59). Yiğit'in Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, postmenopozal hormon replasman tedavisi alan 200 kadın ile yürüttüğü çalışmasında, kadınların MÖYKÖ vazomotor alt boyutundan ortalama  $2,98 \pm 0,91$  puan, psikososyal alt boyutundan ortalama  $2,49 \pm 0,72$  puan, fiziksel alt boyutundan ortalama  $3,10 \pm 0,70$  puan ve cinsel alt boyutundan ortalama  $2,71 \pm 0,96$  puan aldıkları görülmüştür (156). Gümüşay'ın Karadeniz Bölgesinde Eğitim Araştırma Hastanesinin Jinekoloji polikliniklerine başvuran pre/per/postmenopozal döneminde bulunan 197 kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların MÖYKÖ vazomotor alt boyutundan ortalama  $3,40 \pm 1,61$  puan, psikososyal alt boyutundan ortalama  $3,34 \pm 1,32$  puan, fiziksel alt boyutundan ortalama  $4,16 \pm 1,06$  puan ve cinsel alt boyutundan ortalama  $3,43 \pm 1,59$  puan aldıkları saptanmıştır (152).

Fidan'nın KKTC'de menopoz dönemindeki kadınlarla yaptığı çalışmasında, kadınların MÖYKÖ vazomotor alt boyutundan ortalama  $5,75 \pm 2,05$  puan, psikososyal alt boyutundan ortalama  $3,94 \pm 2,00$  puan, fiziksel alt boyutundan ortalama  $4,71 \pm 1,62$  puan ve cinsel alt boyutundan ortalama  $5,76 \pm 2,23$  puan aldıkları görülmüştür (154).

Bu çalışmada MÖYKÖ genel puan ortalaması, Kabodi ve ark.'nın çalışmasındaki MÖYKÖ genel puanı ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

Çalışmanın vazomotor alt boyut puanı, Kabodi, Ibrahim, El Hajj, Gümüşay ve Yiğit'in vazomotor alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Avcı ve Fidan'ın vazomotor alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Çalışmamızın psikososyal alt boyut puanı, Kabodi, Ibrahim, El Hajj, Gümüşay, Yiğit ve Fidan'ın psikososyal alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Avcı'nın psikososyal alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Çalışmamızın fiziksel alt boyut puanı, Kabodi, Ibrahim, El Hajj, Gümüşay, Yiğit ve Fidan'ın fiziksel alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, Avcı'nın fiziksel alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Çalışmamızın seksüel alt boyut puanı, Kabodi, Ibrahim ve Gümüşay'ın seksüel alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, El Hajj, Avcı, Yiğit ve Fidan'ın seksüel alt puan boyut puanı sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt boyut puan ortalamalarının eğitim durumu ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15). Lise ve dengi mezunu kadınların psikososyal ve vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar, okur-yazar olmayan kadınların fiziksel alt boyutu puanları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile seksüel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Abedzadeh ve ark.'nın 40-60 yaş aralığındaki 700 kadının katıldığı çalışmada eğitim seviyesi yüksek kadınların daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (192). Ibrahim ve ark.'nın 45-70 yaş aralığındaki 350 postmenopoz

dönemindeki kadının katıldığı çalışmada, okur-yazar olmayan kadınların psikososyal alt boyut puanları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile vazomotor, fiziksel ve seksüel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonucuna göre kadınların eğitim seviyesi arttıkça psikososyal alanda yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (190). El Hajj ve ark.'nın Lübnan'da 40-60 yaş arası 1113 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, okur-yazar olmayan kadınların psikososyal, fiziksel ve seksüel alt boyutu puanları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Ancak eğitim düzeyi ile vazomotor puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışma sonucuna göre kadınların eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (191).

Özkan ve ark.'nın Pamukkale Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran 171 menopoz dönemindeki kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (193). Timur'un Malatya'da yaşayan 887 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasında eğitim seviyesi düşük olan kadınların vazomotor, psikosoal ve fiziksel alt boyutu puanları diğer gruplardan daha yüksek saptanmıştır (162). Ceylan'ın Eskişehir'de yaşayan doğal menopoz dönemindeki 874 kadının dahil olduğu çalışmasında, kadınların vazomotor, fiziksel ve psikososyal alt alanlarda okuma/yazması olmayan kadınlar diğer öğrenim düzeyindeki kadınlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların eğitim seviyeleri yükseldikçe alt alanlardan aldıkları puan ortalamalarının düştüğünü ve yaşam kalitelerinin olumlu yönde iyileştiği belirtilmiştir (194). Avcı'nın İstanbul'da 120 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasında cinsel alan puan ortalaması ile eğitim değişkeni arasında anlamlı ilişki

bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Okuryazar olan kadınların cinsel alanda yaşam kalitesi, lise mezunu olan kadınlara göre daha düşük saptamıştır (59).

Fidan'ın KKTC'de 384 menopoz dönemindeki kadının dahil olduğu çalışmasında, okur-yazar olmayan kadınların fiziksel ve seksüel alt boyutu puanları diğer gruplardan daha yüksek saptanmıştır (154).

Çalışma sonuçları eğitim durumu ile MÖYKÖ alt grupları ilişkisi yönünden Abedzadeh, Ibrahim, El Hajj, Özkan, Timur, Avcı ve Fidan'ın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

MÖYKÖ'nin menopoza girme şekline göre seksüel alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.16). Menopoza girme şekli cerrahi yöntem olan kadınların seksüel alt boyutundan aldıkları puanlar, diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur.

Avcı ve Yiğit'in çalışmalarında menopoza girme şeklinin değişkenleri ile MÖYKÖ'nün tüm alt grupları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı sonucuna varılmıştır(59,156). Gümüşay'ın çalışmasında kadınların vazomotor alt alan puan ortalamalarının menopoza doğal yolla girenlerde yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (152).

Fidan'ın KKTC'de 384 menopoz dönemindeki kadının dahil olduğu çalışmasında, menopoza girme şekli doğal olan kadınların psikososyal ve fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar diğer gruplardan yüksek, menopoza girme şekli ilaç ile olan kadınların vazomotor alt boyutundan aldıkları puan diğer gruplardan yüksek bulmuştur (154).

Çalışmanın sonuçları Yiğit'in, Avcı'nın, Gümüşay'ın ve Fidan'ın çalışma sonuçları ile istatistiksel anlamda farklılık göstermiştir. Sonuçlarda çıkan farklılığın

sebebinin kadınların yaşam tarzı ve genetik yapılarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.7 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar**

Araştırma sonucunda kadınların yaşı ile MÖYKÖ genelinden ve ölçeğin vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.17). Bu nedenle, kadınların yaşı arttıkça MÖYKÖ genelinden ve vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar azalmaktadır. Bu sonuç, erken menopoza girmenin vazomotor semptomları arttırdığını göstermektedir.

Kabodi ve ark.'nın 40-60 yaş aralığındaki 218 postmenopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların yaşı arttıkça psikososyal, fiziksel ve seksüel alanlarda aldıkları puan artmaktadır. Bu sonuca göre, kadınların yaşı arttıkça psikososyal, fiziksel ve seksüel alanda yaşam kaliteleri kötü olarak saptanmıştır (189). İbrahim ve ark.'nın 45-75 yaş aralığındaki 350 postmenopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların yaşı arttıkça psikososyal, fiziksel ve seksüel alanlarda aldıkları puanlar artmaktadır. Bu sonuca göre, kadınların yaşı arttıkça psikososyal, fiziksel ve seksüel alanda yaşam kaliteleri kötüleşmektedir (190). El Hajj ve ark.'nın 40-60 yaş aralığındaki 1113 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların yaşı arttıkça vazomotor ve seksüel alanlarda aldıkları puan artmaktadır. Bu sonuca göre, kadınların yaşı arttıkça vazomotor ve seksüel alanda yaşam kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır (191).

Ceylan'ın doğal menopoz dönemindeki 874 kadının dahil olduğu çalışmasında, vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlarda en iyi yaşam kalitesine en genç yaş grubundaki (40-44 yaş grubu) kadınların sahip olduğu ve yaş



arttıkça yaşam kalitesinin bozulduğunu belirtmiştir (194). Yanikkerim ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi bölümüne başvuran 494 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların yaşı ile MÖYKÖ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (195). Fidan'ın çalışmasında menopoza erken giren kadınların MÖYKÖ fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar menopoza normal dönemde girenlere göre düşük olarak bulunurken, normal zamanda giren kadınların MÖYKÖ vazomotor ve MÖYKÖ psikososyal alt boyutlarından aldıkları puanlar mneopoza geç girenlere göre yüksek bulmuştur (154).

Çalışma sonuçları Kabodi, Ibrahim, El Hajj, Ceylan, Yanikkerim ve Fidan'nın çalışma sonucu ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Kadınların son adetleri üzerinden geçen süre ile MÖYKÖ vazomotor, alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü; fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ )(Tablo 4.17). Bu sonuç doğrultusunda, kadınların menopoz döneminde geçirdikleri süre arttıkça vazomotor semptomları azaldığı ancak fiziksel şikayetlerinin arttığı gözlemlenmiştir.

Kabodi ve ark.'nın 40-60 yaş aralığındaki 218 postmenopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların son adetleri üzerinden geçen süre ile MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve seksüel alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (189). Ibrahim ve ark.'nın 45-70 yaş aralığındaki 350 postmenopoz dönemindeki kadının katıldığı çalışmada, kadınların son adetleri üzerinden geçen süre ile MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve seksüel alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır. Bu sonuca göre, kadınların menopozda geçirdikleri süre arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve

seksüel şikayetleri artmaktadır (190). El Hajj ve ark.'nın 40-60 yaş aralığındaki 1113 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların son adetleri üzerinden geçen süre ile MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve seksüel alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır. Bu sonuca göre, kadınların menopozda geçirdikleri süre arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel ve seksüel şikayetleri artmaktadır (191).

Peşin 214 menopoz dönemindeki kadınla yaptığı çalışmasında son adetleri üzerinden geçen süre ile MÖYKÖ vazomotor alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır (196).

Çalışma sonucu Ibrahim, El Hajj ve Peşin'in çalışmasındaki vazomotor alt boyut sonucu ile istatistiksel olarak benzerken, Kabodi'nin çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklıdır.

Çalışmaya katılan kadınların tanısı konulmuş kronik hastalık durumuna göre MÖYKÖ'de yer alan vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.18). Buna göre; kronik hastalığı olan kadınların vazomotor şikayetleri ve semptomları daha azdır. El Hajj ve ark.'nın 40-60 yaş aralığındaki 1113 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve seksüel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuca göre, kronik hastalığı olan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve seksüel şikayet ve semptomları daha fazladır (191). Çalışma sonucu El Hajj ve ark.'nın çalışmasındaki vazomotor alt boyutundan aldığı puanlar ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken psikososyal, fiziksel ve seksüel alt boyutundan aldığı puanlar ile farklılık göstermektedir.

Çalışmaya dahil olan kadınların sigara içme ve kahve tüketim durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.20). Ağan'ın Düzce Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesine başvuran menopoza girmiş 67 kadın ile yaptığı çalışmada, sigara içme durumu ile PUKİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, kahve tüketim durumu ile PUKİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ancak sigara içen kadınların uyku kaliteleri daha kötü olarak bulunmuştur (160). Çalışma sonucu Ağan'ın çalışmasındaki kahve tüketim durumu ile istatistiksel olarak benzerlik gösterirken, sigara içme durumu ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların sigara içme durumuna göre MÖYKÖ vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.20). Buna göre; sigara içen kadınların vazomotor semptom ve şikayetleri daha fazladır.

El Hajj ve ark.'nın 40-60 yaş aralığındaki 1113 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, sigara içen kadınların vazomotor ve psikososyal alt boyutundan aldığı puanları arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır. Bu sonuca göre; sigara içen kadınların vazomotor ve psikososyal semptom ve şikayetleri daha fazladır (191).

Yanikkerim ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi bölümüne başvuran 494 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmada, sigara içme durumu ile MÖYKÖ genelinden ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(195). Avcı'nın İstanbul'da 120 menopoz dönemindeki kadın ile yaptığı çalışmasında, sigara içme durumu ile MÖYKÖ genelinden ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(59). Gümüşay'ın Karadeniz Bölgesinde Eğitim Araştırma

Hastanesinin Jinekoloji polikliniklerine başvuran pre/peri/postmenopozal döneminde bulunan 197 kadın ile yaptığı çalışmada, sigara içme durumu ile MÖYKÖ genelinden ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (152).

Çalışma sonuçları, El Hajj ve ark.'nın çalışmasındaki vazomotor alt boyut puanları ile istatistiksel olarak benzerken, psikososyal alt boyut puanları ile istatistiksel olarak farklıdır. Ayrıca çalışma sonuçları, Yanikkerim'in, Avcı'nın ve Gümüşay'ın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Çalışmaya dahil olan kadınların MÖYKÖ-fiziksel puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ve bel/boy oranı arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.21). Buna göre; kadınların menopoz dönemindeki vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ve bel/boy oranındaki artış fiziksel şikayet ve semptomların artmasına neden olmaktadır.

Çalışmaya dahil olan kadınların MÖYKÖ-seksüel puanları ile BKİ, bel çevresi, bel/boy oranı ve kalça çevresi arasında anlamlı ve pozitif yönlü, boy uzunluğu ile anlamlı ve negatif yönlü korelasyon görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.21). Buna göre; kadınların BKİ, bel çevresi, bel/boy oranı ve kalça çevresindeki artışın vajinal ve ürogenital şikayetleri arttırırken, boyu uzun olan kadınların vajinal ve ürogenital şikayetlerinin daha az olduğu saptanmıştır.

Fidan'ın çalışmasına katılan kadınların MÖYKÖ-fiziksel puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, ve bel/boy oranı arasında pozitif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Kadınların MÖYKÖ-seksüel puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arasında pozitif yönlü ve düşük kuvvetli

korelasyonlar olduğu görülmüştür (154). Çalışma sonucumuz Fidan'nın çalışma sonucu ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya dahil olan kadınlarda PUKİ'den aldıkları puanlar ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.21).

Öçal ve Balcı'nın çalışmasına katılan kadınlarda PUKİ puanları ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (187,188). Çalışmamızın sonuçları Öçal'ın ve Balcı'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların PUKİ puanları ile yağ (%), D vitamini ve B<sub>12</sub> vitamini arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü, karbonhidrat (%) ve C vitamini arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.22). Bu sonuçlara göre; menopoz dönemindeki kadınların günlük yağ (%), D vitamini ve B<sub>12</sub> vitamin miktarlarını yeterli alması durumunda iyi uyku kalitesine sahip olabileceği, günlük fazla miktarda karbonhidrat ve C vitamini tüketenlerin ise kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. C vitamini ve karbonhidratın fazla miktarda akşam saatlerinde alınması uykuyu olumsuz etkileyebilmektedir.

Öçal'ın çalışmasına katılan kadınların PUKİ puanları ile enerji alımı, makro ve mikra besin öğeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (187). Balcı'nın çalışmasına katılan kadınların PUKİ puanları ile yağ (%), D vitamini, B<sub>12</sub>, karbonhidrat (%) ve C vitamini arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamıştır (188). Çalışmamızın sonuçları Öçal'ın ve Balcı'nın çalışma sonuçları ile istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

## Bölüm 6

### SONUÇLAR

Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti Gazimağusa ilçesinde yaşayan 183 menopoz dönemindeki kadının beslenme durumu, uyku ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenmiştir;

1. Kadınların yaş ortalaması  $56,08 \pm 5,73$  olarak bulunmuştur.
2. Kadınların medeni durumlarına bakıldığında %80,33'ünün evli, %16,39'unun dul/boşanmış ve %3,28'sinin bekar olduğu belirlenmiştir.
3. Kadınların eğitim durumlarına bakıldığında, %40,44'ünün ilköğretim mezunu, %27,87'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.
4. Kadınların çalışma durumuna bakıldığında, %39,89'unun ev hanımı, %31,15'inin emekli ve %28,96'sinin çalışır olduğu tespit edilmiştir.
5. Kadınların %54,10'nunda tanısı konmuş kronik bir hastalık bulunduğu saptanmış ve %47,47'sinde tansiyon ve %23,23'ünde diyabet hastalığı olduğu belirlenmiştir.
6. Kadınların %89,62'sinin alkol tüketmediği, %59,02'sinin sigara içmediği belirlenmiştir.
7. Kadınların %78,69'unun düzenli spor yapmadığı saptanmıştır.
8. Kadınların ilk menarş yaş ortalaması  $13,20 \pm 1,47$  olarak bulunmuştur.
9. Kadınların %84,70'inin doğal yolla menopoza girdiği sonucuna varılmıştır.
10. Kadınların %88,52'sinin menopoza yönelik tedavi almadığı saptanmıştır.

11. Kadınların %32,24'ünün menopoza yönelik bilgi alırken, aldıkları bilgilerin %76,27'sini sağlık personelinen aldığı belirlenmiştir.
12. Kadınların %63,93'ünün günde üç, %34,43'ünün günde iki öğün tükettiği, %53,10'ünün öğün atladığı, %76,22'sinin canı istemediğinden ötürü öğün atladığı belirlenmiştir.
13. Kadınlar günlük ortalama  $284,76 \pm 372,81$  kkal enerji,  $50,12 \pm 17,93$  g protein,  $63,60 \pm 26,03$  g yağ,  $124,83 \pm 45,86$  g karbonhidrat,  $638,43 \pm 276,04$  mg kalsiyum,  $104,70 \pm 79,06$  mg C vitamini,  $1,28 \pm 1,30$  D vitamini ve  $7,64 \pm 2,47$  mg demir aldığı saptanmıştır.
14. Araştırmaya katılan kadınların vücut ağırlığı ortalaması  $70,21 \pm 11,17$  kg, boy uzunluğu ortalaması  $160,75 \pm 5,60$  cm, bel çevresi ortalaması  $92,01 \pm 13,79$  cm, bel/boy oranı  $0,57 \pm 0,09$ , kalça çevresi ortalaması  $105,03 \pm 12,64$  cm, bel/kalça oranı ortalaması  $0,87 \pm 0,08$  olduğu bulunmuştur.
15. Kadınların BKİ ortalamalarının  $27,20 \pm 4,13$  kg/m<sup>2</sup> olduğu, %48,09'unun hafif şişman, %30,60'nın normal ve %21,31'inin obez olduğu saptanmıştır.
16. Kadınların PUKİ puan ortalaması  $7,33 \pm 2,95$  olarak saptanırken, bu sonuca göre kadınların %69,95'i kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir.
17. Eğitim seviyesi düşük olan kadınların kötü uyku kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır.
18. Günlük yağ ve D vitamini tüketim miktarları yüksek olan kadınların iyi uyku kalitesine sahip oldukları, günlük karbonhidrat ve C vitamini tüketim miktarları yüksek olan kadınların ise kötü uyku kalitesine sahip oldukları sonucuna varılmıştır.
19. Lise ve dengi mezunu kadınların psikososyal ve vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar, okur-yazar olmayan kadınların fiziksel alt boyutu puanları diğer

gruplardan daha yüksek saptanmış ve buna göre kadınların eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir.

20. Cerrahi yöntemle menopoza giren kadınların seksüel alt boyutunda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır.
21. Kadınların erken menopoza girmesi vazomotor semptomları arttırdığı sonucuna varılmıştır.
22. Kadınların menopoz döneminde geçirdikleri süre arttıkça vazomotor semptomları azalttığı, fiziksel şikayetleri arttırdığı sonucuna varılmıştır.
23. Kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ve bel/boy oranındaki artış fiziksel şikayetleri ve semptomları arttırdığı bulunmuştur.
24. Menopoz dönemindeki kadınların günlük yağ (%), D vitamini ve B<sub>12</sub> vitamin miktarlarını yeterli alınması durumunda iyi uyku kalitesine sahip olduğu, günlük fazla karbonhidrat ve C vitamini tüketiminin kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır.



## Bölüm 7

### ÖNERİLER

1. Menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı ve düzenli beslenme bilgilerinin arttırılmasına yönelik eğitim ve kursların yaygınlaştırılması gerekmektedir.
2. Normal vücut ağırlığı üzerinde bulunan kadınlara özgü beslenme programları hazırlanmalı ve kadınlar beslenme konusunda bilinçlendirilmelidir.
3. Menopoz dönemindeki kadınlara fiziksel aktivite ve uyku kalitesinin önemi konusunda eğitimler verilmelidir.
4. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kaliteleri sağlık çalışanları tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmelidir.
5. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin arttırılmasına yönelik eğitim, kurs ve faaliyetler düzenlenmelidir.
6. Pandemi sürecinde bir çok insanın beslenme ve uyku alışkanlığında değişiklikler meydana gelmiştir. Çalışmamız bu süreçte yapıldığı için menopoz dönemindeki kadınların da bu beslenme ve uyku değişikliğinden etkilendiğini ve yapılacak benzer konulu çalışmaların daha normal dönemlerde yapılarak daha güvenilir ve daha gerçekçi sonuçlar ortaya koyabileceği kanaatindeyim.
7. Çalışmamız Gazimağusa bölgesi ile sınırlandırılmış ve pandemi sebebi ile hedeflenen sayının altında kişiye uygulanabilmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların beslenme durumu, yaşam ve uyku kalitesinin daha güçlü verilerle ortaya koyulabilmesi için, geniş çaplı, çok merkezli, köylerinde dahil edilebileceği çalışmaların yapılmasının yararlı olabileceğini düşünmekteyim.

## KAYNAKLAR

- (1) Taşkın, L. (2007), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, VIII. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 451-464.
- (2) Atasü, T. (2001), *Yaşlanma Ve Mepozun Meydena Gelişi, Menopoz Tedavisi Ve Kanseri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi, 35-47.
- (3) Kişnişçi, H. (1996), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitapevi.
- (4) Görgel, E.B. ve Çakıroğlu, F.P. (2007), *Menopoz Döneminde Kadın*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- (5) Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008), *Kadın Sağlığı*, İzmir: Bedray Yayıncılık, 234-259.
- (6) Bayek, A. ve Ergül, Ş. (2003), *Premenopozal Dönemde Değişen Gereksinimler ve Kontrasepsiyon*. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan, Ankara.
- (7) Erdem, Ö. (2006), *Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar Ve Başetme Yolları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- (8) Koebnick, C., Reimann, M., Carlson, A., et al. (2005), *The Acceptability Of Isoflavones As A Treatment Of Menopausal Symptoms: A European Survey Among Postmenopausal Women*, *Climacteric*, (8), 230-242.

- (9) Koç, G., (2000), *Menopoz Kliniğine Başvuran ve Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri*, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- (10) Şanlıer, N., Şeren, S. (2004), *Halk Eğitim Merkezlerine Devam Eden Kadınlara Verilen Beslenme Eğitiminin Bireylerin Beslenme Bilgi Düzeylerine Etkisi*, Milli Eğitim Dergisi 4(162), 30-40.
- (11) Erkin, Ö., Ardahan, M. (2014), *Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi*, Journal of Health Sciences, 3(4), 1095-1113.
- (12) Blouin, K., Boivin, A.T. Khernof, A. (2008), *Androgens and Body Fat Distribution*. J Steroid Biochem Mol Biol, 108(3-5), 272-280.
- (13) Bromberger, J.T., Schott, L.L., Kravitz, H.M., Sowers, M., Avis, N.E., Gold, E.B., Randolph, J.F.Jr., Matthews, K.A. (2010), *Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*. Arch Gen Psychiatry, 67(6), 598-607.
- (14) Şahan, Ö. (2020), *Postmenopozal Dönemde Uyku Sorununun Olan Kadınlara IMB Modeline Dayalı Olarak Verilen Uyku Danışmanlığı Programının Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- (15) Moe, K.E., (2004), *Hot Flashes and Sleep in Women*, Sleep Medicine, (8), 487-497.

- (16) Moline, M.L., Broch, L., Zak, R., Gross, V. (2001), *Sleep in Women Across the Life Cycle from Adulthood Through Menopause*, *Sleep Medicine*, 7(2), 155-177.
- (17) Aydoğmuş, S., Yavuz, B. (2011), *Geriatrik Yaş Grubunda Kadın Sağlığı: Yaşla Beraber Gelişen Jinekolojik Ve Fizyolojik Değişiklikler*, *Akad Geriatri*, (3), 13-16.
- (18) WHO (1996), *Research on the menopause in the 1990's*. WHO Technical Report Series 866, World Health Organization, Geneva. Erişim tarihi: 30/12/2019.
- (19) WHO (1981), *Research on the Menopause*. World Health Organization. Geneva. Erişim: 30/11/2019.
- (20) Fakılı, F.E. (2013), *Menopoza Girmiş Bireylerin Beslenme Durumları ile Fiziksel Aktivite ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.
- (21) Kadayıfçı, O. (2006), *Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz*, İkinci Bahar, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 26-32.
- (22) Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2016), *Compêndio de Psiquiatria*, 11. Basım, İstanbul: Nobel Kitabevi.

- (23) Tuna, V. (2005), *Cerrahi Menopoz Ve Doğal Menopoz Olgularında Kan Lipid Profili, Trombotik Sistem, Arteriyel Elastisite Ve Psikoseksüel Parametrelerdeki Değişiklikler*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Doğumevi Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- (24) Tortumluoğlu, G. (2003), *Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi.
- (25) Güney, N. (2006), *Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
- (26) Andrews, G., Studd, J. (2005), *Women's Sexual Health The Menopause*, Elsevier, 16(3), 451-481.
- (27) Torrealday, S., Pal, L. (2015), *Premature Menopause*. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 44(3), 543-57.
- (28) Özkan, A., (2006), *Cerrahi Yolla Menopoza Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

- (29) Yılmaz, I.P. (2012), *Alanya İlçesinde Yaşayan Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza ilişkin Görüşleri*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- (30) Çelik, A.S., Pasinlioğlu, T. (2013), *Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, (1), 48-54.
- (31) Golshiri, P., Akbari, M., Abdollahzadeh, M. (2016), *Age at natural menopause and related factors in Isfahan, Iran*, Journal of Menopausal Medicine, 22(2), 87-93.
- (32) Stuenkel, C.A., Davis, S.R., Gompel, A., Lumsden, M.A., Murad, M.H., Pinkerton, J.V. (2015), *Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. J Clin Endocrinol Metab, 100(11), 3975-4011.
- (33) Hall, J.E. (2015), *Endocrinology of the Menopause*. Endocrinol Metab Clin North Am, 44(3), 485-96.
- (34) Manson, J.E., Bassuk, S.S. (2008), *Menopoz ve Hormon Tedavisi*, İstanbul: Optimist Yayınları, 30.
- (35) Edwards, H., Duchesne, A., Au, A.S., Einstein, G. (2019), *The many menopauses: searching the cognitive research literature for menopause types*, Menopause, 26(1), 45-65.

- (36) Sherman, S. (2005), *Defining the menopausal transition*, Am J Med, (118), 3-7.
- (37) Ertüngenalp, E., Seyisoğlu, H. (1996), *Klimakterium ve Menopoz, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara: Güneş Kitapevi, 1319-1351.
- (38) MEB (2012), *Hemşirelik Kadın Sağlığı ve Dönemleri*, Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.
- (39) Bayraktar, R., Uçanok, Z. (2002), *Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi*, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 2 (5), 5-12.
- (40) Elsan, T. (2018), *Bir ASM Bölgesine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi.
- (41) Blanck, H.M., Marcus, M., Tolbert, P.E., Schuch, C., Rubin, C., Henderson, A.K., Zhang, R.H., Hertzberg, V.S. (2004), *Time to menopause in relation to PBBs, PCBs, and smoking*, Maturitas, 49(2), 97–106.
- (42) Di Prospero, F, Luzi, S., Iacopini, Z. (2004), *Cigarette smoking damages women's reproductive life*. Reprod Biomed Online, (8), 246-247.

- (43) Özer, Ü. (2014), *Şanlıurfa'da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının, Baş Etme Yollarının Ve Bakış Açılarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi.
- (44) Nedim, Ç.M, Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. (2006), *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* Ankara: Güneş Kitabevi, 1524.
- (45) Göksever, H., Erata, E.Y. (2010), *Hormon Profili ile Perimenopozal Semptomlar Arasındaki İlişki*, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 73(4), 92-96.
- (46) Pernoll, M.L. (2002), *Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Palme Yayıncılık, 743-754.
- (47) Thunell, L., Stadbrg, E., Milsom, L., Mattsson L.A. (2004), *A Longitudinal Population Study of Climacteric Symptoms and Their Treatment in a Random Sample of Swedish Women*. Climacteric, 7(4), 357-365.
- (48) Üzüm, G. (2001), *Kontrol Sistemleri, Sindirim ve Boşaltım Fizyolojisi, Üreme Sistemi Fizyolojisi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, (1), 67-110.
- (49) Karakuş, E. (2006), *Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- (50) Oğurlu, N. (2008), *Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Aydın.



- (51) Zhang, W., Wang, X., Liu, Y., Tian, H., Flickinger, B., Empie, M.W. (2008), *Dietary Flaxseed Lignan Extract Lowers Plasma Cholesterol and Glucose Concentrations in Hypercholesterolaemic Subjects*, *British Journal of Nutrition*, (99), 1301-1309.
- (52) Aytekin, S. (2002), *Menopozal Dönemde Görülen Deri Belirtileri*, *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*, 12(3), 222-224.
- (53) Joffe, H., Soares, C.N., Thurston, R.C., White, D.P., Cohen, L.S., Hall, J.E. (2009), *Depression is Associated with Worse Objectively and Subjectively Measured Sleep, But not More Frequent Awakenings, in Women with Vasomotor Symptoms*. *Menopause*, 16(4), 671-679.
- (54) Campbell, S., Whitehead, M. (1977), *Oestrogen Therapy and the Menopausal Syndrome*, *Clin Obstet Gynaecol*, 4(1), 31-47.
- (55) Tortumluoğlu, G. (2004), *Asyalı ve Türk Kadınlarda Menopoz*, *Uluslar Arası İnsani Bilimleri Dergisi*, 1303-5134.
- (56) Kuh, D., Hardy, R., Rodgers, B., Wadsworth, M.E.J. (2002), *Life Time risk Factors for Women's Psychological distress in Midlife*. *Soc Sci Med*, (55), 1957-1973.
- (57) Paul, K.N., Turek, F.W., Kryger, M.H. (2008), *Influence of sex on sleep regulatory mechanisms*. *J Womens Health*, 17(7), 1201-1208.

- (58) Timur, S., Şahin Hotun N. (2010), *Menopoz ve uyku*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, (3), 361-367.
- (59) Avcı, S., (2013), *Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.
- (60) Şahmay, S. (2008), *Postmenopozal dönem ve ürogenital atrofi*. J Gynecol Obst-Special Topics, (1), 35-44.
- (61) Tan, M.N. (2012), *Vücut Kitle İndeksi ve Fiziksel Aktivitenin Menopozal Semptomlar Üzerine Etkisi*, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- (62) Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A.R., Simoncini, T. (2018), *Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications*, Nat Rev Endocrinol, 14(4), 199-215.
- (63) Kaymak, Y. ve Tırnaksız, F. (2006), *.Menapoz Ve Deri*. Türkiye Klinikleri Journal Medicine Scientic, 26(6), 675-684.
- (64) Begüm, P., Richardson, C.E., Carmichael, A.R. (2009), *Obesity in postmenopausal women with a family history of breast cancer: prevalence and risk awareness*, International Seminars in Surgical Oncology, 6(1).
- (65) Roussel, M., Garnier, S., Lemoine, S., Gaubert, I., Charbonnier, L., Auneau, G., & Mauriège, P. (2009), *Influence of a walking program on the metabolic risk*

*profile of obese postmenopausal women*, Menopause, The Journal of the North American Menopause Society, 16(3), 566-575.

- (66) Karanisoğlu, H., Dinç, H., (2012), “*Klimakterik Dönem*”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, 444-456.
- (67) Kayataş, S., Meşeci, E., Dal, S., Bostancı, M., Kanadıkırık, F. (2004), “*Oral Replasman Tedavisinin Serum Lipit Profili ve İnternal Karotis Arter Pulsatilité İndeksi Üzerine Etkileri*”, Göztepe Tıp Dergisi, (19), 137-140.
- (68) Gezer, A., Şentürk, L.M., Ertüngealp, E. (2006), *Klimakterium*, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara: Güneş Kitabevi.
- (69) Cheever, K.H. (2008), *Management of Patients with Musculoskeletal Disorders*, Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, (12), 2052-2079.
- (70) Sweet, M.G., Sweet, J.M., Jeremiah, M.P., Galazka, S.S. (2009), *Diagnosis and Treatment of Osteoporosis*. American Family Physician, 79(3), 193-200.
- (71) The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society, (2012), Menopause, 19(3), 257-71.
- (72) Duran, B., Özdemirci, Ş., Ak, D., İzmir, G. (2002), *Hormon Replasman Tedavisinin Menopozdaki Kadınların Serum Lipid ve Koagülasyon Faktörlerine Etkisi*, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 24(1), 27-32.

- (73) Nehir, S., Çoban, A., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz, Ü. (2009), *Menopozal Belirtilerin ve Evlilik Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Cumhuriyet Tıp Dergisi, (31), 15-21.
- (74) Yeşilmurat, N. (2001), *Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgilerinin ve Yakınlarının Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- (75) Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007), *Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesi*, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(5), 187-193.
- (76) Büyüktuncer, Z., Başaran, A.A. (2005), *Fitoöstrojenler ve Sağlıklı Yaşamdaki Önlemleri*, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 25(2), 79-94.
- (77) Kronenberg, F., Berman, A.F. (2002), *Complementary and Alternative Medicine for Menopausal Symptoms: A Review of Randomized, Controlled Trials*, Ann Intern Med, (137), 805-813.
- (78) Bingham, S.A., Atkinson, C., Liggins, J., Bluck, L., Coward, A. (1998), *Phytoestrogens: Where Are We Now?*, British Journal of Nutrition, (79), 393-406.
- (79) Romm, A., Weed, S.S., Gardiner, P., Bhattacharya, B., Lennox, C.A., Lee, B., Grube, W., DiPasquale, R., Flint, M., Winston, D. (2010), *The Menopausal Years*, IV Baskı, (19), 456-462.

- (80) World Health Organization, *Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*, Geneva: WHO, 1993.
- (81) Akyol, A. (1993), *Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 75-80.
- (82) Anderson, E., Hamburger, S., Liu, J.H., Rebar, R.W. (1987), *Characteristics of menopausal women seeking assistance*, Am J Obstet Gynecol, (33), 156-428.
- (83) Jenabi, E., Shobeiri, F., Hazavehei, S.M. (2015), *Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: A systematic review*, Oman Medical Journal, 30(3), 151-156.
- (84) Oskay, Ü. (1995), *Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- (85) Ceylan, B, Özerdoğan, N. (2015), *Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause*, J Turk Soc Obstet Gynecol, 12(1), 9-43.
- (86) Both, S.L., Nelson, M.E., Mason, J.B., Angelo, G., Meydani, S.N. (2000), *Dietary Supplements For Peri-and Early Postmenopausal Women: A Quantitative Proposal Based on Disparities Between Recommendation and Dietary Intakes*. Nutr Clin Care, (2), 361- 371.

- (87) Çelikkanat, Ş. (2012), *40 Yaş Üstü Bireylerin Menopoz Ve Osteoporozla İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisan Tezi, Gaziantep Üniversitesi.
- (88) Gunter, M.J., Hoover, D.R., Yu H., Wassertheil-Smoller, S., Rohan, T.E., Manson, J.E., Strickler, H.D. (2009), *Insulin, insulin-like growth factor-1, and risk of breast cancer in postmenopausal women*, Journal of the National Cancer Institute, 101(1), 48-60.
- (89) Faria, A., Gabriel, R., Abrantes, J., Bras, R., & Moreira, H. (2009), *Triceps-surae musculotendinous stiffness: relative differences between obese and non-obese postmenopausal women*, Clinical Biomechanics, 24(10), 866-871.
- (90) Şahin, N.H. (2001), *Klimakterik Dönemde Beslenme*, İstanbul Üniversitesi Florence Nightengale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi, 8(47), 11-19.
- (91) Simrazi, K. (2009), *18-30 Yaş Arası İran Bireylerinde Beslenme Durumu, Kalsiyum ve Kalsiyum Emilimine Yardımcı Olan Diğer Besin Öğeleri Tüketiminin Değerlendirilmesi Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- (92) Baysal, A. (2014), *Beslenme*, 13. Baskı, Ankara: Hatipoğlu Kitapevi.

- (93) Şanlıer, N. (1995), *Menopoz Öncesi ve Sonrası Bireylerin Beslenme Durumları, Kemik Mineral Dansiteleri, Antropometrik Hormonal ve Biyokimyasal Parametreleri Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- (94) Holick, M.F. (2007), *Vitamin D Deficiency*, N Engl J Med, (357), 266–281.
- (95) Küçükardalı, Y., Solmazgül, E., Kaplan, M., ve diğerleri. (2006), *Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Popülasyonda Osteoporoz Taraması*, Türk Geriatri Dergisi, 9(1), 25-29.
- (96) Murphy, P.A., Song, T., Buseman, G., Barua, K. (1997), *Isoflavones In Soy-Based Infant Formulas*, Journal Agric, Food Chemistr, (45), 4635-4638.
- (97) Tunç, N.(2014), *Menopoz Dönemindeki Bireylerin Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi Yakınma ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
- (98) Ravnkon, A.V. (1993), *Diet, Exercise, and Lifestyle in Preparation for Menopause*, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2(20).
- (99) Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1031, Ankara 2016.

- (100) Aksu, H., Sevil, Ü., Yurtsev, E., Güvendiren, G. (2010), *Nöral Tüp Defektleri ve Folik Asit*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 139- 144.
- (101) Almassinokiani, F., Kaşanyan, M., Akbarı, P., Mossayebi, E., Sadeghian, E. (2016), *Folic acid supplementation reduces plasma homocysteine in postmenopausal women*, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 36(4), 492-495.
- (102) Vijayakumar, A., Kim, E., Kim, H., Choi, Y., Huh, K., Chang, N. (2017), *Effects of folic acid supplementation on serum homocysteine levels, lipid profiles, and vascular parameters in post-menopausal Korean women with type 2 diabetes mellitus*, Nutrition Research and Practice, 11(4), 327-333.
- (103) Kravitz, M.H., Kazlauskaitė, R., Joffe, H. (2018), *Sleep, Health, and Metabolism in Midlife Women and Menopause: Food for Thought*, Obstet Gynecol Clin N Am, (45), 679–694.
- (104) Arrona-Palacios, A., Gradisar, M. (2020), *Self-reported sleep duration, sleep quality and sleep problems in Mexicans adults: Results of the 2016 Mexican National Halfway Health and Nutrition Survey*, Sleep Health, 1-8.
- (105) Troynikov, O., Watson, C., Nawaz, N. (2018), *Sleep environments and sleep physiology: A review*. Journal of Thermal Biology.



- (106) Derman, S. (2001), *Menopoz ve Uyku Bozuklukları*, Menopoz Tedavisi ve Kanseri, Nobel Tıp Kitabevleri, 137-148.
- (107) Akıncı, E., Orhan, F.Ö. (2016), *Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(2), 178-189.
- (108) Mistlberger, R.E., Rusak, B. (2005), “*Circadian rhythms in mammals: Formal properties and environmental influences*”, Principles and Practice of Sleep Medicine, (3), 321-333.
- (109) Tubbs, A.S., Dollish, H.K., Fernandez, F., Grandner, M.A. (2019), *The Basics of Sleep Physiology and Behavior*, Sleep and Health, Chapter 1.
- (110) Dijk, D., Landolt, H. (2019), *Sleep Physiology, Circadian Rhythms, Waking Performance and the Development of Sleep-Wake Therapeutics*. Handbook of Experimental Pharmacology, 441-481.
- (111) Chassard, D., Allaouchiche, B., Boselli, E. (2005), *Timing is everything: the pendulum swings on*. Anesthesiology, 103(3), 454-6.
- (112) Froy, O. (2007), “*The relationship between nutrition and circadian rhythms in mammals*”. Frontiers in Neuroendocrinology, 28(2), 61-71.
- (113) Mattson, M.P., Allison, D.B., Fontana, L., Harvie, M., Longo, V.D., Malaisse, W.J., Mosley, M., Notterpek, L., Ravussin, E., Scheer, F.A., Seyfried, T.N., Varady, K.A., and Panda, S. (2014), *Meal Frequency and Timing in Health*

*and Disease*, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 111(47), 16647– 16653.

(114) Swanson, G.R., Gorenz, A., Shaikh, M., Desai, V., Forsyth, C., Fogg, L., Burgess, H.J., and Keshavarzian, A. (2015), *Decreased melatonin secretion is associated with increased intestinal permeability and marker of endotoxemia in alcoholics*, American Journal of Physiology. Gastrointestinal and Liver Physiology, 308(12), 1004–1011.

(115) Scheer, F.A., Hilton, M.F., Mantzoros, C.S., Shea, S.A. (2009), “*Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment*”, Proceedings of the National Academy of Sciences, 106(11), 4453-4458.

(116) Buxton, O.M., Cain, S.W., O’Connor, S.P., Porter, J.H., Duffy, J.F., Wang, W., et al. (2012), “*Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption*”, Science Translational Medicine, 4(129).

(117) Duman, M. (2016), *Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Uyku Hijyeni Eğitimi Ve Gevşeme Egzersizinin Uyku Kalitesine Etkisi*, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi.

(118) Hachul, H., Frange, C., Bezerra, G.A., Hirotsu, C., Pires, N.G., Andersen, L.M., Bittencourt, L., Tufik, S. (2015), *The effect of menopause on objective sleep parameters: Data from an epidemiologic study in São Paulo, Brazil*. Maturitas, (80), 170-178.

- (119) Demir. (2009). *Sleep Stage Analysis*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- (120) Potter, A.P., Perry, A.G. (2003), *Basic nursing essential for practice*. 5.Baskı. England: Mosby, 689-706.
- (121) Kurt, S., Enç, N. (2013), "*Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı*", Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi; 4(5), 1-8.
- (122) Morselli, L.L., Temple, K.A., Leproult, R., Ehrmann, D.A., Van Cauter, E., Mokhlesi, B., (2018), *Determinants of slow-wave activity in overweight and obese adults: roles of sex, obstructive sleep apnea and testosterone levels*. Front Endocrinol (Lausanne), (9), 377.
- (123) Özgen, F. (2001), "*Uyku ve uyku bozuklukları*", Psikiyatri Dünyası, (5), 41-48.
- (124) Karagözlü, S., Çabuk, S., Tahta, Y. (2007), *Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler*, Toraks Dergisi, 8(4), 234-240.
- (125) Demir, Y. (2012), *Uyku ve Uyku ile İlgili Uygulamalar, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 682-94.

- (126) Taylor, C, Lillis, C, Prisceilla, L.M. (2001), *Fundamentals of the Nursing*. Philadelphia, JB Lippincott Company, 1013-1036.
- (127) Akdemir, N. (2004), *Dinlenme ve Uyku Düzensizliklerinde Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 129-39.
- (128) Lopes, C.S. (2012), *Epidemiology of insomnia: prevalence and risk factors*. *Can't sleep? Issues of Being an Insomniac*, Rijeka, Intech 3(22).
- (129) Monk, T.H., Thompson, W.K., Buysse, D.J., Hall, M., Nofzinger, E.A., Reynolds, C.F. (2006), *Sleep in healthy seniors: a diary study of the relation between bedtime and the amount of sleep obtained*. *Journal Of Sleep Research*, (15).
- (130) Schulz, P. (2007), "Biological clocks and the practice of psychiatry", *Dialogues in Clinical Neurosciences*, (9), 237-255.
- (131) Taşkırıran, N. (2009), *Gebelerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- (132) Chaudhary, N.S., Grandner, M.A., Jackson, N.J., Chakravorty. S. (2016), *Caffeine consumption, insomnia, and sleep duration: results from a nationally representative sample*. *Nutrition*, 32(11-12):1193-1199.
- (133) Eryavuz, N. (2007), *Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi.

- (134) Kutner, N.G., Biliwise, D.L., Brogan, D., Zhang, R. (2001), *Race and restless sleep complaint in older chronic dialysis patient and nondialysis community controls*, J Gerontol B Psychol Sci Soc, (3), 170-175.
- (135) Feige, B., Gann, H., Brueck, R., Hornyak, M., Litsch, S., Hohagen, F., Riemann, D. (2006), *Effects of alcohol on polysomnographically recorded sleep in healthy subjects*. Alcohol: Clinical & Experimental Research, 30(9), 1527–1537.
- (136) Morin, C.M., Leblanc, M., Daley, M. (2006), *Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments and consultation initiated, and determinants of help-seeking behaviors*, Sleep Medicine, (7), 123-130.
- (137) Timur S., Şahin N. (2009), *Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: A population-based study*. Maturitas, 177-181.
- (138) Smith, L.R., Flaws, A. J., Mahoney, M.M. (2018). *Factors associated with poor sleep during menopause: results from the Midlife Women's Health Study*. Sleep Medicine, (45), 98-105.
- (139) Baker, C.F., Lampio, L., Saaresranta, T., Polo-Kantola, P. (2018), *Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition*, Sleep Med Clin, (13), 443–456.
- (140) Baysal, A. ve Ark. (2008), *Diyet El Kitabı*, 5.Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

- (141) Pekcan, G. (2012), *Beslenme durumunun saptanması*, 2. Basım, Ankara: Reklam Kurdu Ajansı.
- (142) World Health Organization, (2000), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, Report on a WHO Consultation, Technical Report Series No: 894. WHO, Geneva.
- (143) Meseri, R., Ucku, R. & Unal, B. (2013), *Waist: height ratio: a superior index in estimating cardiovascular risks in Turkish adults*, Public Health Nutrition, 17(10), 2246-2252.
- (144) Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989), *The Pittsburgh sleep quality index: Anew instrument for psychiatric pratice and research*, Psychiatry Research, 2.baskı, 193-213.
- (145) Ağargün, M.Y., Kara, H., Anlar, O. (1996), *Pittsburgh uyku kalite indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi; (7), 107-115.
- (146) Kharbouch, S.B., ve Şahin, N.H. (2007), *Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 15(59), 82-90.
- (147) Daniele, N.D., Carbonelli, M.G., Candeloro, N., Iacopino, L., Lorenzo, A.D., Andreoli, A. (2004), *Effect of supplementation of calcium and Vitamin D on bone mineral density and bone mineral content in peri- and post-menopause women A*

*double-blind, randomized, controlled trial*, Pharmacological Research, (50), 637–641.

(148) Gottschalk, M.S., Eskild, A., Tanbo, T.G., Bjelland, E.K. (2019), *Childbirth close to natural menopause: does age at menopause matter?*, RBMO, 169-175.

(149) Sağnak, B. (2015), *Malatya’da Özel Bir Kliniğe Başvuran Menopoza Girmiş Bireylerin Genel Beslenme Durumlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.

(150) Hacıoğulları, M. (2018), *Post-Menopoz Dönemindeki Kadınların Duygusal Durumlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi.

(151) <https://pio.mfa.gov.ct.tr/eğitim> (17 Ocak 2021).

(152) Gümüşay, M, Erbil, N. (2019), *Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Menopoz Tutumunun Etkisi*, Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(2), 96-109.

(153) Er, A. (2011), *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Merkezde Yaşayan Menopoza Girmiş Kadınların Menopoz Dönemine Yönelik Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları*, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi.

(154) Fidan, E. (2020), *Gazimağusa ve İskele Bölgesinde Yaşayan Menopoz Dönemindeki Kadınların Yeme Davranışları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi.

- (155) Polotsky, H., & Polotsky, A. (2010), *Metabolic Implications of Menopause*.  
Seminars in Reproductive Medicine, 28(05), 426–434.
- (156) Yiğit, S. (2018), *Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi.
- (157) Chung, KF., Tang, M. (2006), *Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women*, Maturitas, (53), 396-404.
- (158) Choi, J., Han, K., Lee, D., Kim, M., Shin, Y. (2017), *Relationship between alcohol consumption and age at menopause: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey*, Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, (56), 482-486.
- (159) Dabrowska-Galas, M., Dabrowska, J., Michalski, B. (2019), *Sexual Dysfunction in Menopausal Women*, Sexual Medicine, 1-8.
- (160) Ağan, K. (2015), *Menopoz Hastalarında Uyku Kalitesi*, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi.
- (161) Valiensi, S.M., Belardo, M.A., Pilnik, S., Izbizky, G., Starvaggi, A.P., Branco, C.C. (2019), *Sleep Quality and Related Factors in Postmenopausal Women*, Maturitas, (123), 73-77.



- (162) Timur, S. (2008), *Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- (163) Vural, B. (2020), *Postmenopoz Dönemindeki Kadınlarda Diyet Protein İçeriğinin Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi.
- (164) Türkoğlu, İ. (2013), *Menstrual Döngü Sürecinde Dinlenme Metabolik Hızı, Vücut Bileşimi ve Besin Alımındaki Bireysel Farklılıkların Saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- (165) Yağmur, S. (2018), *Kadınların Bazı Özelliklerinin ve Menopoz Semptomlarının Menopozal Tutuma Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi.
- (166) Bardel, A., Wallender, M., Svardsuddi, K. (2002), *Hormone Replacement Therapy and Symptom Reporting in Menopausal Women*, *Maturitas*, 41(1), 7-15.
- (167) Cheng, M.H., Hsu, C.Y., Wang S.J.W., Lee, S.J., Wang, P.H. And Fuh, J.L. (2008), *The Relationship Of Self-Reported Sleep Disturbance, Mood, And Menopause In A Community Study*, *Menopause*, 15(5).
- (168) Çakıl, A. (2012), *Kırşehir il merkezindeki orta yaş dönemindeki kadınların menopozal yakınma ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi*, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kırşehir.

- (169) Bayrak, E.M, (2008), *Şişmanlığın Klinik Yönetimi*, 4.bölüm, 95.
- (170) TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2004), *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Ankara.
- (171) Kal, H.E.(2011), *Menopozal Dönemlerdeki Kadınların Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.
- (172) Faria, A., Gabriel, R., Abrantes, J., Bras, R., & Moreira, H. (2009), *Triceps-surae musculotendinous stiffness: relative differences between obese and non-obese postmenopausal women*, *Clinical Biomechanics*, 24(10), 866-871.
- (173) Shin, C., Lee, S., Lee, T., Shin, K., Yi, H., Kimm, K. Cho, N. (2005), *Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women*, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (59), 395-402.
- (174) Kim M., Yim G., Park H. (2018), *Vasomotor and Physical Menopausal Symptoms Are Associated With Sleep Quality*, *PLoS ONE*, 13(2).
- (175) Karaçam, Z., Şeker, S.E. (2007), *Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women*, *Maturitas* (58), 75–82.
- (176) Taavoni, S., Ekbatan, N., Haghani, H. (2012), *Sleep Quality Related Factors in Healthy Menopausal Women, West of Tehran, Year 2012*, *European Psychiatry*, 29(1).

- (177) Monterrosa-Castro, A., Marrugo-Florez, M., Romero-Pérez, I., Ferná'ndez-Alonso, M., Chedraui, P., Pérez-Lopez, R. (2013), *Assessment of Sleep Quality and Correlates in a Large Cohort of Colombian Women Around Menopause*, The Journal of The North American Menopause Society, 20(4), 464-469.
- (178) Moudi, A., Dashtgard, A., Salehiniya, H., Sadat Kalebi, M., Reza Razmara, M., Reza Jani, M. (2018), *The relationship between health-promoting lifestyle and sleep quality in postmenopausal women*, Biomedicine, 8(2), 11.
- (179) Haliloğlu, S. (2011), *Postmenopozal Osteoporoz Hastalarında Ağrının; Uyku Kalitesi, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkileri*, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği.
- (180) Kaya, H. (2019), *Yetişkin Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Gece Yeme Davranışıyla Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.
- (181) Yılmaz, F. (2020), *D Vitaminin Uyku Kalitesine Etkisi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (182) Vorona, R.D., Winn, M.P., Babineau, T.W., (2005), *Overweight and obese patients in a primary care population report less sleep than patients with a normal body mass index*. Arch Intern Med (165), 25-30.

- (183) Öztürk, M.E., Ayhan, N. (2017), *Associations between Poor Sleep Quality, Obesity, and the Anthropometric Measurements of Women in Turkey*. Ecology of Food and Nutrition, 57(1), 3–12.
- (184) Grandner, M.A., Kripke, D.F., Naidoo, N. (2010), *Relationships among dietary nutrients and subjective sleep, objective sleep, and napping in women*, Sleep Medicine, (11), 180-184.
- (185) Peuhkuri, K., Sihvola, N., Korpela, R. (2012), *Diet promotes sleep duration and quality*. Nutrition Research, 32(5), 309- 319.
- (186) Katagiri, R., Asakura, K., Kobayashi, S., Suga, H., Sasaki, S. (2014), *Low intake of vegetables, high intake of confectionary, and unhealthy eating habits are associated with poor sleep quality among middle-aged female Japanese workers*, J Occup Health, 56(5), 359-68.
- (187) Öçal, Ö. (2015), *Acıbadem Maslak Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Besin Tüketiminin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği İle İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.
- (188) Balcı, K. (2017), *Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Çalışan Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumları İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.

- (189) Kabodi, S., Ajami, E., Zakiei, A., Zangeneh, A., Saeidi, S. (2018), *Women's Quality of Life in Menopause with a Focus on Hypertension*, The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 69(3), 279-283.
- (190) Ibrahim, Z.M., Ghoneim, H.M., Madny, E.H., Kishk, E.A., Lotfy, M., Bahaa, A., Taha, O.T., Aboelroose, A.A., Atwa, K.A., Abbas, A.M., Mohamed, A.S.I. (2019), *The Effect of Menopausal Symptoms on the Quality of Life Among Postmenopausal Egyptian Women*, Climacteric, 23(1).
- (191) El Hajj, A., Wardy, N., Haidar, S., Bourgi, D., El Haddad, M., El Chammas, D., El Osta, N., Khabbaz, L.R., Papazian, T. (2020), *Menopausal Symptoms, Physical Activity Level and Quality of life of Women Living in the Mediterranean Region*, PLoS ONE, 15(3).
- (192) Kalarhoudi, M.A., Taebi, M., Sadat, Z. (2011), *Assessment of Quality of Life in Menopausal Periods: A Population Study in Kashan, Iran*, Iranian Red Crescent Medical Journal, 13(11), 811–817.
- (193) Özkan, S., Alata , E.S, Zencir, M. (2005), *Women s quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods*. Quality of Life Research, (14), 1795- 1801.
- (194) Ceylan, B. (2010), *Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi*, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

- (195) Yanikkerim, E., Koltan, S.O., Tamay, A.G., Dikayak, Ş. (2012), *Relationship Between Women's Attitude Towards Menopause and Quality of Life*, *Climacteric*, (15), 552-562.
- (196) Peşin, K.M. (2019), *Menopoz Döneminde Kupperman İndeksi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (197) Bulmuş, G.T. (2016), *Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda Beslenme Durumu İle Frax Kırık Risk Analizi İlişkisinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
- (198) Can, Z.B. (2020), *Premenopoz ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumları*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.

## **EKLER**

## Ek A: Etik Kurul Onay Belgesi

 <p><b>Doğu Akdeniz Üniversitesi</b> "Erdem, Bilgi, Gelişim"</p>	<p><b>Eastern Mediterranean University</b> "Virtue, Knowledge, Advancement"</p>	<p>99628, Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 E-mail: bayek@emu.edu.tr</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2019-0232

08.11.2019

Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

Sayın Seçil İşkan Yeni (18500115)

Sağlık Bilimleri Fakóltesi Yüksek Lisans Öğrencisi.

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 08.11.2019 tarih ve 2019/25-06 sayılı kararı doğrultusunda "Menapoz Dönemindeki Kadınların Beslenme Durumu, Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ve Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer danışmanlığında, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Fatma Güven Lisaniler

Etik Kurulu Başkanı



FGL/ns.

www.emu.edu.tr



## Ek B : Anket Formu

### Menopoz Dönemindeki Kadınların Beslenme Durumu, Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sevgili Katılımcılar;

Bu anket; "Menopoz Dönemindeki Kadınların Beslenme Durumu, Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tezine, veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anket formu, katılımcıların genel bilgilerini, menopozal durumlarını, temel beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgilerini, antropometrik ölçümlerini, Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğini, menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğini ve 24 saatlik besin tüketimlerini içeren 7 bölümden oluşmaktadır. Anket sorularını, size uygun olan seçeneğin yanındaki kutucuğa "x" işareti ile işaretleyerek veya daire içine alarak yanıtlayınız.

Vereceğiniz yanıtlar sadece bu araştırma için kullanılacak ve saklı tutulacaktır. Zaman ayırarak bu araştırmaya katkıda bulunduğunuz için çok teşekkür ederim.

Seçil İşkan Yeni  
Doğu Akdeniz Üniversitesi

**Anket No:**

#### I.Genel Bilgiler

1	Doğum tarihi	.....(yaş)
2	Medeni Durum	1.Bekar      2.Evli      3.Dul/Boşanmış
3	Eğitim durumunuz	1.Okur yazar değil 2.İlköğretim (ilkokul ve ortaokul) 3.Lise ve dengi (meslek lisesi vb.) 4.Üniversite (lisans) 5.Yüksek öğrenim (yüksek lisans vb.)
4	Çalışma durumunuz	1.Çalışıyorum 2.Emekli 3.Ev hanımı (hiç çalışmamış)
5	Çocuğunuz var mı?	1.Evet 2.Hayır
6	Varsa kaç tane çocuğunuz var?	

7	Doktor tarafından tanısı konmuş bir sağlık sorununuz var mı?	1.Hayır 2.Evet (.....)															
8	Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?	1.Hayır 2.Evet (.....adet/gün)															
9	Düzenli olarak vitamin/mineral desteği kullanıyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet (...../gün)															
10	Alkol tüketiyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet (.....Kadeh/bardak Gün/hafta/yıl)															
11	Sigara içiyor musunuz?	1.Hayır hiç içmedim. 2.İçtim bıraktım. 3.Evet içiyorum. ....adet/gün															
12	Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır															
13	Cevabınız evet ise;	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Spor/fiziksel aktivite</th> <th>Süre (dk)</th> <th>Sıklık (gün/hafta)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Yürüyüş</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Koşu</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Yüzme</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diğer</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Spor/fiziksel aktivite	Süre (dk)	Sıklık (gün/hafta)	Yürüyüş			Koşu			Yüzme			Diğer		
Spor/fiziksel aktivite	Süre (dk)	Sıklık (gün/hafta)															
Yürüyüş																	
Koşu																	
Yüzme																	
Diğer																	

## II.Menopozal Durum

14	İlk adetiniz ne zaman oldunuz?	.....(yaş)
15	En son adetinizi ne zaman gördünüz?	1. 1 yıldan az süre önce 2. 1-3 yıl önce 3. 4-6 yıl önce 4. 7-9 yıl önce 5. 10 yıl ve daha fazla süre önce

16	Menopoz nedeniniz nedir?	1.Doğal menopoz 2.Cerrahi menopoz 3.İlaç
17	Menopoza yönelik tedavi (hormon tedavisi) aldınız mı?	1.Evet 2.Hayır
18	Menopoza yönelik bilgi aldınız mı?	1.Hayır 2.Evet (a.Sağlık personelinen b.Komşu ve akrabadan c.Televizyon,gazete,internet,kitap d.Diğer.....)

### III.Temel Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler

19	Günde kaç öğün yemek yersiniz?	.....Ana öğün .....Ara öğün
20	Öğün atlar mısınız?	1.Evet 2.Bazen 3.Hayır
21	Cevabınız evet veya bazen ise genelde hangi öğünü atlırsınız?	1.Sabah 4.İkindi 2.Kuşluk 5.Akşam 3.Öğle 6.Gece
22	Öğün atlama nedeniniz nedir?	1.Zayıflamak için 2.Canım istemediği için 3.Unuttuğum için 4.Zaman yetersizliğinden dolayı 5.Hazırlama zorluğundan dolayı 6.Bulunduğum ortamda uygun seçenek olmaması 7.Maddi olanaksızlık 8.Diğer .....
23	Gün içinde en son ana/ara öğün ne zaman tüketirsiniz?	1.18.00-20.00 2.20.00-22.00 3.22.00-00.00 4.00.00 ve sonrası
24	Günde ne kadar su tüketirsiniz?	.....bardak/litre
25	Çay içiyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet (.....bardak)
26	Kahve içiyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet (.....fincan)

#### IV. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik Ölçümler	Ölçüm
Vücut Ağırlığı (kg)	
Boy Uzunluğu (cm)	
BKI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	
Bel Çevresi (cm)	
Bel çevresi/Boy uzunluğu	
Kalça Çevresi (cm)	
Bel Çevresi/Kalça çevresi	

#### V. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen aydaki alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen

tüm soruları cevaplayınız.

Geçen ay içinde;

1. Genellikle saat kaçta yatmaya gidirsiniz?.....
2. Geceleri uykuya dalmanız ne kadar sürer(dakika)?.....
3. Sabahları saat kaçta kalkarsınız?.....
4. Geceleri tam olarak kaç saat uyuyabiliyorsunuz?.....

**Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.**

**5. Aşağıdaki durumları belirten uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?**

	<b>Hiç (0)</b>	<b>Haftada birden az (1)</b>	<b>Haftada 1-2 kere (2)</b>	<b>Haftada 3 veya daha fazla (3)</b>
<b>a. 30 dk içinde uykuya dalamadınız</b>	0	1	2	3
<b>b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız</b>	0	1	2	3
<b>c. Tuvalete gittiniz</b>	0	1	2	3
<b>d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz</b>	0	1	2	3
<b>e. Aşırı derecede üşüdünüz</b>	0	1	2	3
<b>f. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz</b>	0	1	2	3
<b>g. Kötü rüyalar gördünüz</b>	0	1	2	3
<b>h. Ağrı duydunuz</b>	0	1	2	3
<b>i. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız</b>	0	1	2	3
<b>j. Diğer</b>	0	1	2	3

**6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.**

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

**7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli**

**veya reçetesiz) aldınız?**

- a) Hiç
- b) Haftada 1'den az
- c) Haftada 1 veya 2 kez
- d) Haftada 3 veya

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

**sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?**

- a) Hiç
- b)Haftada 1'den az
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3'den çok

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

- a)Hiç problem oluşturmadı
- b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
- c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- d)Çok büyük bir problem oluşturdu

**10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?**

- a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- d)Partner aynı yatakta

**11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.**

	<b>Hiç (0)</b>	<b>Haftada birden az (1)</b>	<b>Haftada 1-2 kere (2)</b>	<b>Haftada 3 veya daha fazla (3)</b>
<b>a.Gürültülü horlama</b>	0	1	2	3
<b>b.Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar</b>	0	1	2	3
<b>c.Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama</b>	0	1	2	3
<b>d.Uyku esnasında uyumsuzluk ve şaşkınlık</b>	0	1	2	3
<b>e.Diğer huzursuzluklarınız</b>	0	1	2	3

## VI.Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yaşıyıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yaşadığınız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz.

**Hiç rahatsız edici değil** \_\_\_\_\_ **Son derece rahatsız edici**

0 1 2 3 4 5 6

	YOK	VAR						
		0	1	2	3	4	5	6
1.Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık								
2.Gece terlemesi								
3.Terleme								
4.Hayatından memnun olmama								
5.Endişeli ve gergin hissetme								
6.Hafızada zayıflama hissetme								
7.Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme								
8.Depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme								
9.Diğer insanlara tahammülsüzlük(Hoşgörüsüz olma)								
10. Yalnız kalma isteği								
11.Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları								
12.Kas ve eklemlerde ağrı								
13.Yorgun ve yıpranmış								
14.Uyuma güçlüğü								
15.Baş ve boyun arkasında ağrılar								
16.Fiziksel güçte azalma								
17.Dayanma gücünde azalma								
18.Enerjide azalma hissi								
19.Ciltte kuruluk								
20.Kilo alma								
21.Yüz tüylerinde artma								
22.Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik								
23.Şişkinlik hissi								
24.Bel ağrısı								
25.Sık idrara çıkma								
26.Öksürürken ve gülerken idrar kaçıрма								
27.Cinsel istekte değişiklik								
28.Cinsel ilişki sırasında vajinada(haznede) kuruluk								
29.Cinsellikte kaçınma								

## VII. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

	Yemek Adı	İçindekiler Miktar (gr)	Miktar (gr)
Sabah			
Kuşluk			
Öğle			
İkindi			
Akşam			
Gece			



## Ek C: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) İzin Formu



**seçil işkan**

Kime: myagargun@kure.com.tr >

23.09.2019

Sayın Profesör Doktor Ağargün,

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi (KKTC), Beslenme Ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dyt. Seçil İşkan Yeni. Bu dönem danışmanım Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ile yapmak istediğimiz bir çalışmada "Menopozlu Kadınlarda Beslenme Durumu, Yaşam Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere sizin Türk popülasyon üzerinde geçerlilik ve güvenilirliğini sağladığınız Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ni kullanmak için izninizi rica ediyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.

[Daha Fazlasını Gör](#)



**Myagargun -**

Kime: seçil işkan >

24.09.2019

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Selamlar

seçil işkan <[seciliskann@gmail.com](mailto:seciliskann@gmail.com)>, 23 Eyl 2019  
Pzt, 19:57 tarihinde şunu yazdı:

## Ek D: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi İndeksi (MÖYKÖ) İzin Formu

On Thursday, September 26, 2019, 08:51:17 PM GMT+3,  
seçil işkan <[seciliskann@gmail.com](mailto:seciliskann@gmail.com)> wrote:

Sayın Profesör Doktor Nevin Hotun Şahin,

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi (KKTC), Beslenme Ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dyt. Seçil İşkan Yeni. Bu dönem danışmanım Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ile yapmak istediğimiz bir çalışmada "Menopozlu Kadınlarda Beslenme Durumu, Yaşam Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere "Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni" kullanmak için izninizi rica ediyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.

**Kimden:** Nevin Sahin  
<[nevinsahin34@yahoo.com](mailto:nevinsahin34@yahoo.com)>  
**Tarih:** 27 Eylül 2019 09:54:53 GMT+2  
**Kime:** seçil işkan <[seciliskann@gmail.com](mailto:seciliskann@gmail.com)>  
**Konu:** Ynt: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni  
**Yanıt Adresi:** Nevin Sahin  
<[nevinsahin34@yahoo.com](mailto:nevinsahin34@yahoo.com)>

Sayın İşkan

Çalışmanızda Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)'ni kullanmanıza memnuniyetle izin veriyoruz.

Ekte yayınladığımız makalemizi ve ölçeği ve kullanma klavuzunu bulacaksınız...

Herhangi bir sorunuz olursa lütfen aramaktan çekinmeyin.

İlginize teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim...

Prof. Dr. Nevin H. Şahin  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Bşk .  
Tel. [0212 4400000](tel:02124400000) / 27058

Profesör Dr. Nevin H. Sahin,  
Istanbul University Cerrahpasa  
Florence Nightingale Faculty of Nursing  
Chairwomen of Women Health and Disease Nursing Department  
Work: [+90 212 440 00 00](tel:+902124400000)/ 27058