

Gazimağusa ve İskele Bölgesinde Yaşayan Menopoz Dönemindeki Kadınların Yeme Davranışları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Ecem Fidan

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

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Mayıs 2020
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.

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

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

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Seyit Mehmet Mercanlıgil

2. Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer

3. Yrd. Doç. Dr. Müjgan Öztürk

ÖZ

Bu çalışmanın amacı KKTC'nin Mağusa ve İskele ilçelerinde yaşayan menopoz dönemindeki kadınların yeme davranışları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu çalışmada 384 birey ile yüz yüze görüşme ve anket teknikleri kullanılarak veri toplanmıştır. Anket formu bireylerin genel bilgilerini, sağlık bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını, antropometrik ölçümlerini, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Yeme Tutumu Testi-40 ve Beden Algısı Ölçeğini kapsamaktadır. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24.0 programı kullanılmıştır. Kadınların yaş ortalamasının $55,31 \pm 7,45$ olduğu, %70,31'inde tanısı konmuş kronik bir hastalığı, %34,90'mın kilolu ve %37,24'ünün obez olduğu belirlenmiştir. Kadınların %20,8'inin ise yeme davranışı bozukluğu riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların vücut ağırlığı, beden kütle indeksi (BKİ), bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı arttıkça menopoz semptomlarını daha yoğun yaşadığı, fiziksel ve seksüel yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır. Kadınların vücut ağırlığı ile BKİ değerleri arttıkça yeme davranış bozukluğu riskinin azaldığı ve beden memnuniyetizliğinin arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Yeme davranış bozukluğu riskinin kadınların menopoz semptomlarını etkilemediği ancak beden memnuniyeti arttıkça menopoz semptomlarından yakınmalar azalıp yaşam kaliteleri artırdığı belirlenmiştir ($p < 0,05$). Çok merkezli geniş örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalar planlanması menopoz döneminde yeme davranış bozukluğu ile menopoz semptomları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde daha güçlü kanıtlar sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Yaşam Kalitesi, Yeme Davranışı

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationship between eating behavior and quality of life on menopausal women in Famagusta and Trikomo districts, TRNC. In this study, data were collected from 384 women by using face-to-face interview and survey techniques. The survey was included demographic information, health information, nutrition habits, anthropometric measurements, Menopause Symptoms Evaluation Scale, Menopause-Specific Quality of Life Scale, Eating Attitude Test-40 and Body Perception Scale. To analyze data SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24.0 program was used. It was determined that the average age of women was $55,31 \pm 7,45$, a chronic disease diagnosed in 70,31%, 34,90% were overweight and 37,24% were obese. 20,8% of women were found to have a higher risk of eating behavior disorder. Results of this study indicated that bodyweight of women, body mass index (BMI), waist circumference, waist/hip and waist/height, menopausal symptoms were more intense and their physical and sexual quality of life affected negatively. It was found that body weight and BMI values of women increased, the risk of eating behavior disorder and body satisfaction increased ($p < 0,05$). It was determined that the risk of eating behavior disorder did not affect menopausal symptoms of women, however, as body satisfaction increased, complaints from menopausal symptoms were decreased and were increased their quality of life ($p < 0,05$). Planning of multi-center sample studies may provide much strong evidence in the evaluation of the relationship between eating behavior disorder and menopausal symptoms and quality of life during menopause.

Keywords: Menopause, Quality of Life, Eating Behavior

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazımına kadar geçen süreçte bana yardımcı olan, sabrını ve desteğini esirgemeyen, ayrıca akademik gelişimime önemli katkıları olan ve karşılaştığım sorunlar sırasında bana her zaman yol gösteren tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer'e,

Veri toplanması sırasında zamanını ayırıp yanımda bulunan, bireylere kolaylıkla ulaşmamı sağlayan Neriman teyzeme,

Tezimi yazmam için bana izin veren, varlığını eksik etmeyen KISAA Projesi Baş Araştırmacım Dr. Nilüfer Rahmioğlu Ramiz'e,

Stresli zamanlarımda yanımda olan, bana moral veren, her türlü desteği ve yardımı sağlayan çalışma arkadaşlarım Çise Miş, Ebru Yastı, Gökçen Kofali ve Sümeyye İstanbul'a,

Yanımda olamayıp ama her zaman varlığını hissettiren canım teyzem İffet Kaya'ya,

Zor zamanlarımda yanımda olan, her zaman beni destekleyen ve cesaretlendiren canım arkadaşlarım Nihan Yakut ve Ahmet Sergen Alkan'a,

Ve son olarak beni bu günlere getiren, beni seven ve her zaman destekleyen, annem Aysun Güneş Fidan, babam Ergün Fidan ve kardeşim Eray Fidan'a çok teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
1 GİRİŞ	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar	1
1.2 Amaç	2
1.3 Hipotez	2
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Menopoz.....	3
2.1.1 Premenopoz Dönemi	4
2.1.2 Perimenopoz Dönemi	4
2.1.3 Postmenopoz Dönemi.....	5
2.2 Menopozun Fizyolojisi.....	5
2.3 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	5
2.3.1 Vazomotor Değişiklikler	5
2.3.2 Psikolojik Değişiklikler	6
2.3.3 Atrofik Değişiklikler.....	6
2.3.4 Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri	7
2.3.5 Kardiyovasküler Değişiklikler.....	7
2.3.6 Vücut Ağırlığındaki Değişiklikler	7

2.4 Menopoz Döneminde Yaşam Kalitesi.....	8
2.5 Menopoz Döneminde Yeme Davranışı ve Yaşam Kalitesi.....	16
3 BİREYLER VE YÖNTEM.....	20
3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	20
3.2 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	20
3.3 Verilerin İstatistiksel Analizi	24
4 BULGULAR.....	25
5 TARTIŞMA	44
6 SONUÇ	55
7 ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	58
EKLER.....	87
Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi.....	88
Ek 2: Anket Formu.....	89

KISALTMALAR

25 (OH) D	25 Hidroksivitamin-D
BKI	Beden Ktle İndeksi
E-EPA	Etil-Eikosapentaenoik Asit
EFSA	Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (European Food Safety Authority)
FSH	Folikül Uyarıcı Hormon
KMY	Kemik Mineral Yoğunluğu
LH	Lutein Yapıcı Hormon
MÖYKÖ	Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
MSDÖ	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
POAŞ	Penn Yumurtalık Yaşlanma Çalışması
PTH	Paratiroid Hormon
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
YTT-40	Yeme Tutum Testi-40

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	25
Tablo 4.2: Kadınların öğün tüketim durumlarına göre dağılımı.....	26
Tablo 4.3: Kadınların sigara-alkol kullanma durumu ve genel sağlık durumuna göre dağılımı.....	28
Tablo 4.4: Kadınların su, çay, kahve tüketim durumlarına göre dağılımı	30
Tablo 4.5: Kadınların antropometrik ölçümlerine ait tanımlayıcı istatistikler.....	31
Tablo 4.6: Kadınların antropometrik ölçüm sınıflamaları	32
Tablo 4.7: Kadınların yaş, menarş yaşı, menopoz yaşı, gebelikyaşı ve toplam gebelik sayısına ait tanımlayıcı istatistikler	33
Tablo 4.8: Kadınların MSDÖ, MÖYKÖ, YTT ve Beden Algısı Ölçeği puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler	35
Tablo 4.9: Kadınların eğitim durumlarına göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.10: Kadınların menopoza girme zamanlarına göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 4.11: Kadınların menopoza girme şekillerine göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.12: Kadınların antropometrik ölçümleri ile MSDÖ, MÖYKÖ, YTT ve Beden Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar	40
Tablo 4.13: Kadınların yeme davranışı bozukluğu durumuna göre MSDÖ, MÖYKÖ ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 4.14: Kadınların MSDÖ, MÖYKÖ, YTT ve Beden Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar.....	42

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 4.1: Kadınların menopoza girme şekillerine göre dağılımı 34
- Şekil 4.2: Kadınların YTT-40'a göre yeme davranış bozukluğu durumları 34

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşımlar

Kadın hayatının kendine özgü dönemleri vardır. Bunlar; bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik dönemleridir ve bu dönemlerin fiziksel ve duygusal özellikleri birbirinden farklıdır, menopoz döneminin de kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Ergenlik, hamilelik ve menopoz dönemi bir kadının hayatına etki eden bedensel değişiklikler ve beden imajı üzerinde etkiye sahip olabilen dönemlerdir (Görgel ve diğ., 2007).

Menopoz yaşı ülkeler ve toplumlararası farklılık göstermektedir, genellikle 45-55 yaşları arasında görülmektedir (Bayraktar ve diğ., 2002). Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların menopoza girme yaşının 45 ile 50 arasında olduğu sonucuna varılmıştır, menopoz yaşı ortalamasının ise 46,7 olduğu bildirilmektedir (Özdemir, 2004; Tokuç, 2006; Vural ve diğ., 2016). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013 yılı sonuçlarında ise Türkiye’de 48-49 yaş aralığındaki kadınların %49,1’inin postmenopozal dönemde olduğu sonucuna varılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Menopoz ile ortaya çıkan östrojen seviyesindeki azalma; somatik semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, psikolojik semptomlar ve vazomotor semptomları gibi bazı menopoz semptomlarını yaşamalarına neden olabilir (Hickey ve diğ., 2012; Llana ve diğ., 2012). Ayrıca, günlük enerji alımında değişiklik olmaksızın menopoz döneminde genellikle vücut ağırlığında artış olabilmektedir (Çelikkanat, 2012). Bu durum menopozda östrojen seviyesinin düşmesine bağlı olarak ağırlık ve vücut yağ oranı

artışıyla açıklanmaktadır (Shi ve diğeri, 2009; Bloin ve diğeri, 2008). Genel olarak menopoz döneminde yılda 0,5 kg kadar ağırlık artışları görülmekte ve bunun hormonal değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve davranışsal değişikliklerle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte beden algısı ve yeme davranışı bu dönemde beslenme alışkanlıklarını etkileyen etmenler arasındadır. (Bromberger ve diğ., 2010; Hayes ve diğ., 2003). Yeme davranışı kişiler arasında farklılık göstermektedir. Ekonomik durum, çevresel faktörler, kültürel faktörler, genetik faktörler, psikolojik durum gibi etmenler kişilerin yeme davranışını etkilemektedir (Zeybek, 2019).

Yaşam kalitesi, kişinin sağlık durumunu ve iyilik halini de ifade eden bir kavramdır (Erkin ve diğ., 2014). WHO'ya göre bireylerin içinde yaşadığı kültür ve değerler bireyin kendine özgü yaşam algıları şeklinde tanımlanmaktadır (WHOQOL, 1996). Menopoz dönemindeki biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler, kadının yaşam tarzı ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Erkin ve diğ., 2014). Menopoz ile vücut bileşimindeki değişiklikler yaşam tarzı müdahaleleriyle azaltılabildiğinden vücut bileşimi ile menopozdan itibaren fiziksel fonksiyon arasındaki ilişkiyi anlamak önemlidir (Bea ve diğ., 2018).

1.2 Amaç

Çalışmanın amacı menopoz dönemindeki kadınların yeme davranışı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

1.3 Hipotez

H0: Menopoz dönemindeki kadınların yeme davranışları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki yoktur.

H1: Menopoz dönemindeki kadınların yeme davranışları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki vardır.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Menopoz

Menarş ve menopoz, kadınların üreme döneminden üreme ömrünün sonlanmasını belirleyen iki önemli dönemdir ve aynı zamanda kadın sağlığının temel belirleyicileridir (Demakakos, 2019). Kadın hayatı, çocukluk (0-8 yaş), ergenlik (9-18 yaş), cinsel olgunluk (19-49 yaş), menopoz (50-64 yaş) ve yaşlılık (64 yaşın üzeri) olmak üzere beş dönemde incelenebilir. Bireysel farklılıkların dışında toplumsal gelişme, beslenme durumları ve çevresel faktörler menopozun başlama ve bitme sürelerini değiştirebilmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

WHO'ya göre menopoz, yumurtalık fonksiyonlarının durması sonucu menstrüasyonun kalıcı olarak kaybedilmesi şeklinde tanımlar (WHO, 1996). Menopoz dönemi, kadın sağlığını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan etkilemekte olup anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluklarının artışı yaşanmaktadır (Evlince ve diğ., 2002; Tan ve diğ., 2014). Menopoz, başlangıç yaşı ve biçimi bakımından farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır.

Doğal Menopoz: Doğal menopoz, herhangi bir cerrahi işlem veya tıbbi tedavi ile ortaya çıkmayan adet dönemlerinin kalıcı olarak kesilmesidir. Doğal menopoz, çok düşük östrojen seviyeleri ve yüksek folikül uyarıcı hormon (FSH) konsantrasyonları ile sonuçlanan ve yumurtalık foliküllerinin tükenmesinin bir sonucudur (Rodriguez ve diğ., 2015).

Erken Menopoz: Kadınların 40 yaşın altında doğal yolla menopoza girme durumuna "erken menopoz" veya "prematür yumurtalık yetmezliği" denilmektedir. Erken menopoz; otoimmün hastalıklar, radyasyon veya kemoterapi sonrası, enfeksiyon kaynaklı hastalıklar, çevresel faktörler, polikistik over sendromu, kürtaj ve düşükler, sık gebelik, uzun süre emzirme, obezite, hipotroidizm ve ooferektomi gibi durumlardan oluşabilir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

Cerrahi Menopoz: Her iki yumurtalığın da menopozun doğal yaşı öncesi çeşitli sağlık nedenleriyle cerrahi olarak çıkarılmasıdır. (Rodriguez ve diğ., 2015).

Bunun yanı sıra menopoz premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere üç döneme ayrılarak incelenmektedir.

2.1.1 Premenopoz Dönemi

Menopoz öncesi 1 ile 2 yıllık zamanı kapsamakta ve genelde premenopoz 40 yaşlarında başlamaktadır (WHO, 1996). Kadınlarda son üç ayda en az bir menstruel kanaması olurken son bir yıl içerisinde menstruel siklusta düzensizlik olmasıdır (Uludağ ve diğ., 2014). Döngü uzunluğunu belirleyen faktör foliküler fazın uzunluğudur ve bu süreçte yükselmiş olan FSH düzeyleri, normal lutein yapıcı hormon (LH) düzeyleri ve çok daha az yükselmiş olan östradiyol ile karakterizedir. Östrojen hormonunun azalmasından dolayı kadınlarda baş ağrısı, ruhsal rahatsızlıklar, vazomotor değişiklikler ve yorgunluk bu dönemde görülmektedir (Tunç, 2014; Abay, 2014).

2.1.2 Perimenopoz Dönemi

Perimenopozal dönem, bir kadının üreme hayatının son yıllarını çevreleyen bir zaman aralığıdır. Yani menopoz öncesindeki menstruel döngü düzensizliklerinin başladığı dönem ile 1 yıl boyunca adet görülmeyen dönem kastedilmektedir (Soules ve diğ., 2001; Santoro, 2016). Perimenopozal dönem, kendi içinde 2'ye ayrılmaktadır.

Yedi gün ve üzeri kalıcı menstrual döngünün gecikmesine erken perimenopoz, 1-3 yıl boyunca aralıklı olarak 60 günden uzun süre menstrual döngünün durması geç perimenopoz denilmektedir. Özellikle de vazomotor semptomlar, bu dönemde ortaya çıkmaktadır (Süt ve diğ., 2018).

2.1.3 Postmenopoz Dönemi

Postmenopozal dönem son bir yıldır menstrual döngünün durması durumudur. Östrojen düzeyinin <55 pg/mL ve FSH düzeyinin >19 mU/mL olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu dönemde kadının over fonksiyonları tamamen durmuştur ve fertilité ortadan kalkmıştır (Güldiken, 2009).

2.2 Menopozun Fizyolojisi

Genetik faktör, hormonal durum ve çevresel faktörler insan yumurtalıklarının fonksiyonel ömrünü belirlemektedir (Davis ve diğ., 2015). FSH seviyesinde ortaya çıkan artış, erken menopoz geçişinde östradiol seviyelerinin korunmasıyla birlikte daha fazla foliküler alım ve hızlandırılmış foliküler kaybına yol açmaktadır.

Hızlı FSH artışı LH / FSH dengesinin bozulması, folliküllerin erken olgunlaşması ve oosit kaybı menopozda önemli etkenleri oluşturmaktadır (Monteleone ve diğ., 2018). Tüm foliküller tükendiği zaman yumurtalık, yüksek FSH seviyelerine bile cevap veremez ve östrojen seviyeleri düşer. Foliküllerin tükenmesi FSH'ye yumurtalık yanıtında değişkenlik, yaygın olarak değişken östrojen seviyeleri ve normal üreme döngüsünün kaybı ile sonuçlanır (Takahashi, 2015).

2.3 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

2.3.1 Vazomotor Değişiklikler

Kadınların %65'ini etkileyen sıcak basmaları ve gece terlemeleri yaygındır. Gece terlemeleri, gece meydana gelen ve sıklıkla uykuyu engelleyen sıcaklıklardır. Vazomotor semptomların kesin sebebinin bilinmediği, ancak hipotalamusta endorfin

hormonlarını etkileyen düşük östrojen düzeyleri ve muhtemelen FSH ve inhibin B'deki değişiklikler ile ilişkilendirilmektedir. Hipotalamustaki normal termoregulator bölge menopozda daralmış gibi görünür, böylece vazodilatasyon ve terleme daha düşük bir sıcaklıkta tetiklenir. Vazomotor semptomları genel olarak 4 yıl devam etmektedir (Takahashi ve diğ., 2015). Uzunlamasına ve kesitsel çalışmaların meta-analizine göre vazomotor semptomların genellikle menopozdan 2 yıl önce başladığı, menopozdan 1 yıl sonra zirve yaptığı ve daha sonraki 10 yıl boyunca azaldığı bilinmektedir (Politi ve diğ., 2008).

2.3.2 Psikolojik Değişiklikler

Menopoz döneminde gerginlik, anksiyete, duygu değişikliği, depresyon, uykusuzluk, baş dönmesi, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin yaşandığı, yaşamdan zevk almada azalma ve kadınlarda özgüven kaybı olduğu belirtilmektedir (Evlice, 2002). Uzunlamasına çalışmalar ve meta-analiz çalışmalarına göre menopoz başlangıcı ve menopoz sonrası dönemlerde kadınların premenopozal kadınlara göre depresif bir ruh hali gözlenebilmektedir (Monteleone ve diğerleri, 2018). Penn Yumurtalık Yaşlanma Çalışması (POAŞ) erken menopozdan önce FSH seviyelerinde daha hızlı bir artışın erken menopozdan sonra daha düşük depresif semptom riskiyle ilgili olduğu, daha kısa menopozal geçişin perimenopozal depresyona karşı koruduğu belirlenmiştir (Freeman ve diğerleri, 2014).

2.3.3 Atrofik Değişiklikler

Atrofik değişiklikler genellikle üriner sistem, üreme sistemi ve deride görülmektedir. Ürogenital semptomlar menopoz sonrası sıklıkla görülür. Vajinal kuruluk, disparoni, vulvar kaşıntı ve yanma, dizüri, idrar sıklığı, acil tuvalet ihtiyacı ve tekrarlayan alt üriner sistem enfeksiyonları görülmektedir (Monteleone ve diğ.,

2018). Bu semptomlardan herhangi biri tedavi edilmediğinde, vajinal rahatsızlık ile daha düşük yaşam kalitesi gözlemlenebilmektedir (Goldstein, 2013).

2.3.4 Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Postmenopozal osteoporoz, azalmış kemik mineral yoğunluğu (KMY), kortekste incelme ve artmış gözenekliliği ve trabekülün azalmış bağlanabilirliği gibi değişen kemik yapısı ile karakterize bir dejeneratif kemik hastalığıdır (Monteleone ve diğ., 2018). Menopoz sonrası kadınlarda osteoporoz sıklığı %30 iken 50 yaş üzeri kadınlarda %40 kırık riski taşır (Akdemir ve diğ., 2010). Menopoz öncesi yıllarda optimal KMY seviyelerini korumak, menopoz sonrası yıllarda osteoporoz ve kırık riskini azaltmak için önemlidir (Lee ve diğ., 2016).

2.3.5 Kardiyovasküler Değişiklikler

Menopozdan sonra kadınlarda kardiyovasküler hastalık riski artar ve kısmen visseral yağ dokusunda pro-enflamatuar sitokinlerin ve adipokinlerin üretimine bağlı olabilir. Menopozal kadınlarda viseral yağ birikimindeki artış, kalp gibi diğer viseral dokularda yağ birikiminden kaynaklanabilir. (El Khoudary ve diğ., 2015).

2.3.6 Vücut Ağırlığındaki Değişiklikler

Menopoz sonrası kadınlarda obezite prevalansı, premenopozal kadınlardan daha yüksektir. Bel çevresindeki yağ oranı artışı ile vücut şeklinde belirgin bir değişim gözlenmektedir. Menopoza bağlı olarak çoğunlukla viseral adipozitenin artmasıyla vücut yağ dağılımında değişiklik görülmektedir (Sternfeld, 2004; Karvonen ve diğerleri, 2016). Viseral yağ dokusu, subkutan yağa kıyasla daha büyük bir sağlık riski oluşturmakta olup insülin direncindeki artış ve buna bağlı olarak diabetes mellitus ve metabolik sendrom gelişme riski nedeniyle kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır (Tchernof ve diğ., 2004; Lovejoy ve diğ., 2008; Janssen ve diğ., 2009).

2.4 Menopoz Döneminde Yaşam Kalitesi

Menopoz dönemi kadınların hormonal, psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde değişen en önemli faktör östrojen hormonudur. Azalan östrojen seviyesi çok sayıdaki semptomatik ve asemptomatik olayları etkilemektedir (Ertem, 2010).

Menopoz döneminde olan kadınlar yeterli sağlık bakımı almadığında kronik hastalıklar gelişir ve bu durum kadınların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir. Buna göre menopoz kadın hayatının üçte birlik dönemini kapsamaktadır. Menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık bakımı önemlidir (Conboy ve diğ., 2001; Anderson ve diğ., 2002). Menopoz döneminde yaşanan sıkıntıları ve yaşam kalitesini kadının sorumluluk alanları ve rolleri de etkilemektedir. Ayrıca kadınlardaki huzursuzluk, yorgunluk, duygu değişiklikleri, cinsel istekte azalma, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, uykusuzluk ve baş ağrısı da yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etmenler arasındadır (Yurdakul ve diğ., 2007).

Yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu çevresel ve sosyoekonomik durum gibi faktörleri içine alan bir kavramdır. Yaşam kalitesi için ortak bir tanım bulunmamakla birlikte kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu, yaşam kalitesi olarak da tanımlanabilmektedir. Yaşam kalitesi, gelir durumu, çevre şartları, özgürlük ve sağlık gibi birçok değişkene bağlıdır (Şahin, 1998; Schneider, 2002; Gambacciani ve diğ., 2003). WHO'nun yaşam kalitesi tanımı ise, bireylerin yaşadığı yerin kültürünü ve değer yargılarını, hedeflerini, beklentilerini, kaygılarını ve standartlarını bütün olarak göz önünde bulundurmasıdır (WHO, 1996).

Menopoz döneminde en yaygın görülen semptomların kas ve eklem ağrıları, yorgun, yıpranmış ve halsiz hissetme, bel ağrısı ile baş ve boyun ağrısı olduğu ve

bunların yaşam kalitesini olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Ceylan, 2010). Ayrıca, menopoz semptomları ve şiddeti arttıkça vazomotor ve cinsel gücünün düşmesi ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Avcı, 2013). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini, depresyon varlığı, uykusuzluk, horlama, vb. olumsuz olarak etkilemektedir (Timur, 2008). Menopozal dönemdeki kadınların menopozal yakınma ve yaşam kalitesi birçok etkene bağlı olarak değişmekte, kişilik özelliği olarak daha içe dönük ve sinir sistemi rahatsızlığı olan kadınlarda menopoz semptomları artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (Demirgöz, 2011). Menopoz dönemindeki kadınlarda, yaşam hedefi daha yüksek olan kadınların daha fazla öz-kabul sahibi oldukları, daha fazla yaşam doyumu olduğu ve daha fazla sorumluluk aldığı sonucuna varmış ve bu durumun kadınlarda yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Jafary ve diğ., 2011). Klimakterik dönem ile ilgili verilen planlı sağlık eğitiminin kadınların sıcak basmasına yönelik olumsuz etkilerini azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği belirlenmiştir (Çelik, 2013).

Postmenopozal dönemde sağlık sorununun olmadığını ifade eden kadınların yaşam kalitelerinin sağlık sorunu olduğunu ifade eden kadınlara kıyasla yüksek olduğu belirlenmiştir (Acar, 2014). Menopoz öncesi döneme kıyasla osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riskinde artış, kan lipitlerinde negatif değişiklikler ve yaşama adaptasyonu azaltan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen problemler gibi ciddi sorunlar ortaya çıkar. Menopoza bağlı olan bu değişiklikler her kadını farklı düzeyde etkilemekte olup yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Kışnişçi ve diğ., 1996; Bezircioğlu ve diğ., 2004).

Menopozal dönemde farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçekler; Koçyiğit ve ark. tarafından 1999 yılında Türkçe'ye uyarlanmış SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Fidaner ve ark. tarafından 1999 yılında Türkçe'ye uyarlanmış Dünya

Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL-bref-TR), Kharbouch ve Şahin tarafından 2007 yılında Türkçe'ye uyarlanmış Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Abay ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Türkçe'ye uyarlanmış Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ) ve Özerdoğan ve ark. tarafından 2003 yılında Türkçe'ye uyarlanmış İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) ölçekleridir. Bu ölçekler aracılığı ile kadınların menopoz dönemindeki yaşam kaliteleri belirlenerek kişiye uygun sağlık bakımları düzenlenebilmektedir.

Menopoz semptomlarını ve şiddetini etkileyen faktörler içerisinde sigara içmek, alkol kullanımı ve beslenme gibi faktörler sayılabilir. Yaşam kalitesini iyileştirmek için yeterli ve dengeli beslenmek çok önemlidir. Menopoz dönemindeki kadınlar yeterli vitamin ve mineral desteği almalıdır (İslamoğlu ve diğ., 2019).

Sigara

Sigara, erken menopozun ortaya çıkması ile ilişkili risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Hayatbakhsh ve diğ., 2012). Menopoz döneminde sigara içen kadınlarda dolaşımdaki östrojen seviyelerinin azalması, östrojen reseptörü bağlanmasının değişmesi, folikül yaşlanmasının hızlanması ve foliküllerde azalış olduğu bildirilmektedir (Blanck ve diğ., 2003). Bir meta analiz çalışmasında sigara içen kadınların 50 yaşından önce menopoz geçirme olasılıklarının en az % 43 olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, sigaranın doğal menopozda yaş üzerindeki etkisini araştıran çalışmalarda mevcut kısıtlamaları ele almak için daha fazla araştırma yapılması gerektiği savunulmuştur (Sun ve diğ., 2012).

Alkol

Menopozla ilgili stres ve depresyon, alkol kullanımının başlamasını tetikleyebilir. Alkolün aşırı kullanımı ise yaşam kalitesini düşürür (Milic ve diğ., 2018). Bir çalışmada kadınların alkol tüketiminin menopoz yaşı ile ilişkili olduğu

sonucuna varılmıştır (Choi ve diğ., 2017). Diğer çalışmalarda ise menopoz yaşı ile alkol tüketimi birbiriyle ilişkili olmadığı bulunmuştur (Dorjgochoo ve diğ., 2008; Kinney ve diğ., 2006).

Menopoz sonrası kadınlarda ortalama 207 ml/hafta alkol tüketiminin osteoporoz ve kemik kırılması riskini azalttığına yönelik çalışmalar vardır. Postmenopozal ve yaşlı kadınlarda osteoporoz çok yaygındır. Günde 0,5 ile 1,0 bardak alkol tüketen kadınların % 20 daha düşük kalça kırığı riskine sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca, kanıtlar tutarlı olmamasına rağmen hafif-orta dereceli alkol kullanımı, azalan bir bunama ve Alzheimer hastalığı riskiyle ilişkili olabilir. Mevcut kanıtlar aynı zamanda orta düzeyde alkol tüketiminin bilişsel gerileme ve demans öncesi sendromlardan koruyucu olabileceğini göstermektedir (Milic ve diğ., 2018).

Kalsiyum

Kalsiyumun vücuttaki birincil rolü, iskelet ve dişlerin mekanik olarak çalışması için gerekli kuvveti sağlamasıdır. Vücuttaki kalsiyumun yaklaşık % 99'u kemiklerde bulunmaktadır. Vücut sıvılarındaki kalsiyum ayrıca kritik metabolik fonksiyonlarda rol alır, proteinlere bağlanır ve hücreler içinde bir sinyal ileticisi ve protein aktivatörü olarak çalışır. Kas kasılması ve sinir iletimi kalsiyum bağımlı çalışan birçok vücut fonksiyonundan ikisidir (Peters ve diğ., 2010). Yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum düzenleyici hormonları etkileyerek kırık riskinin artmasıyla ilgilidir (Park ve diğ., 2011). Günlük önerilen miktarlar; premenopozal kadınlar için 1000 mg, östrojen tedavisi almayan postmenopozal kadınlar için 1500 mg olarak belirlenmiştir. Kalsiyum emiliminde kişisel farklılıklar olabilir. Menopoz dönemindeki kadınlarda ortalama her yıl %21 kalsiyum emilimi azalmaktadır (Ravkon, 1993). Menopoz sonrası idrarla atılan kalsiyum kaybının fazla olması osteoporozu tetikleyebilmektedir (Şanlıer, 1995). Menopozda, günlük kalsiyum kaybı 28 mg olup, bu kayıp osteoporoz

ile sonuçlanabilmektedir. Kalsiyum ve D vitamini desteği, oluşacak kemik kaybını önleyebilmektedir (Tunç, 2014). Kalsiyum takviyeleri, Kuzey Amerika'da yıllardır osteoporozu önlemek veya tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmakla birlikte kalsiyum takviyelerinin yaşlanmaya eşlik eden kemik kaybı ve kemik sağlığı için uzun vadeli olumlu etkisi olmadığı bildirilmektedir (Uusi-Rasi ve diğ., 2008; Nakamura ve diğ., 2012). Kanada'da yapılan bir çalışmada kalsiyum takviyesi alımının kemik mineral yoğunluğuna etki etmediği ve bireylerin kalsiyum takviyesi yerine kalsiyum kaynağı besinleri tüketmeleri önerilmiştir (Hulbert ve diğ., 2019).

D Vitamini

D vitamini, güneşe maruz kaldıktan sonra (ultraviyole B ışınları) deride üretilen veya besin (yağlı balık ve D vitamini ile zenginleştirilmiş süt ve süt ürünleri, tahıl vb.) veya besin takviyesi olarak alınabilen yağda çözünen bir vitamindir. D vitamini eksikliğinin olup olmadığını belirlemek için, 25-hidroksi-vitamin D kan seviyeleri ölçülebilir (Dennehy ve diğ., 2010). D vitamini eksikliği, bağırsaktan emilen kalsiyum miktarını azaltır ve paratiroid hormonunun (PTH) seviyesini arttırır. Bu da kemikten kalsiyum çıkışını arttırarak serum kalsiyumundaki azalmayı yeniden dengelemektedir (Rizzoli ve diğ., 2014). Serum 25-hidroksivitamin D'nin 50 nmol/l'den daha düşük olması kemik sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir ve yaşlı veya menopoz sonrası kadınlarda kemik mineral yoğunluğunu arttırarak osteoporozu şiddetlendirebilmektedir. Dolayısıyla, D vitamini takviyesinin kemik kırığı riskinin azalması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Bischoff-Ferrari ve diğ., 2012). Vücutta D vitamini üretimi de yaşla birlikte azalır, bu nedenle yaşlı bireyler diyet takviyesi yoluyla daha fazla D vitaminine gereksinim duyabilirler. Hem kalsiyum hem de D vitamini PTH ve kemik rezorpsiyonunda yaşa bağlı artışları düzenlemede önemlidir (NIH, 1994).

Menopoz sonrası kadınlar için diyet ve tamamlayıcı kaynaklardan günlük toplam 1500 mg kalsiyum ve günlük 800-2000 IU D vitamini alımı önerilir. Sadece kalsiyum ve D vitamini desteği, osteoporozu olanlarda kırılmayı önlemek için yeterli değildir; ancak antiresorptif ve anabolik tedavi ile farmakolojik müdahalenin önemli bir tamamlayıcısıdır (Khan ve diğ., 2014). Bir çalışmada, D vitamini ve kalsiyum alımı ile erken menopoz insidansı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yüksek miktarda D vitamini alımının (528 IU/d) düşük miktarda D vitamini (148 IU/d) alan kadınlarla karşılaştırılmasında, yüksek miktarda D vitamini kullanımının erken menopoz riskini önlediği sonucuna varılmıştır (Purdue-Smithe ve diğ.,2017). Başka bir çalışmada menopoz ve menopoz sonrası dönemde D vitamini düzeyi ile KMY arasında olumlu bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Bener de diğ., 2015). D vitamini eksikliği, metabolik sendrom için bir risk faktörü olup menopoz sonrası kadınlarda düşük serum 25-hidroksivitamin D düzeyinin metabolik sendrom ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Song ve diğ.,2013). Metabolik sendromlu postmenopozal kadınlarda, metabolik sendromu olmayan postmenopozal kadınlara göre serum 25-hidroksivitamin D konsantrasyonu anlamlı olarak daha düşük olup metabolik sendromu olan kadınlarda D vitamini eksikliği sıklığı, metabolik sendromu olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Godala ve diğ., 2014). Sonuç olarak, D vitamini sadece kemik sağlığıyla ilişkili olmayıp aynı zamanda kadınların bilişsel, duygusal, metabolik ve kardiyovasküler sağlığına da faydalı olabilir (Lerchbaum, 2014).

Omega-3 Yağ Asitleri

Omega-3 yağ asitleri çoklu doymamış esansiyel yağ asitleri olarak önemli bir diyet bileşenidir. Omega-3 yağ asitleri ve menopoz semptomları ilişkisi randomize kontrollü çalışmalarda değerlendirilmiş olup omega-3 yağ asitlerinin, vazomotor semptomları azalttığı ve antidepresanlar gibi serotonerjik aktarımı etkilediği

belirlenmiştir (Freeman ve diğ., 2011). Plasebo kontrollü bir çalışmada 40-55 yaş arası 120 kadına sekiz hafta 500 mg/gün etil-eikosapentaenoik (EPA) omega-3 takviyesi ve plasebo (ayçiçek yağı) verilmiştir. Çalışma sonucunda E-EPA omega-3 takviyesinin kadınlarda sıcak basma şikayetlerinde azalmaya ve yaşam kalitelerinde artışa neden olduğu sonucuna varılmıştır (Lucas ve diğ., 2009).

Demir

Demir, insan vücudunda oksijen taşınması, DNA sentezi ve enerji üretimi dahil olmak üzere birçok biyolojik işlemde rol alır. Kadınlarda, ferritin seviyelerinin, menopoz sonrası belirgin bir şekilde arttığı gözlenmiştir (Chen ve diğ., 2015). Menopoz öncesi kadınların demir gereksinimi 16 mg, menopoz sonrası kadınların demir gereksinimi 11 mg'dır (TÜBER, 2015). Vücuttaki fazla demir yükü osteoblastlar üzerinde toksik etkiye sahip olup osteoblast proliferasyonunu ve farklılaşmasının sonucu osteoporoz ve osteoklastogenezi görülmektedir. Ayrıca fazla demir, ooforektomi kemik kütlesi üzerindeki etkilerini arttırmıştır (Cheng ve diğ., 2017). Menopoz sonrası osteoporoz, progresif kemik kaybı ile karakterize sistemik bir kemik metabolizması hastalığıdır. Menopoz sonucu östrojen eksikliğinin kemik rezorpsiyonunu arttırdığı ve kemik kaybını hızlandırdığı bilinmektedir. Östrojenin demir kaynaklı osteopeni üzerindeki inhibisyonu, kemik oluşumundan ziyade özellikle kemik rezorpsiyonu ile ilişkilendirilmektedir (Cheng ve diğ., 2017). Aşırı demir yükü, erkeklerde ≥ 300 ug / l ve kadınlarda ≥ 200 ug / l serum ferritin konsantrasyonlarının varlığı olarak tanımlanmaktadır. Farklı popülasyonlarda ferritin ve cinsiyet hormonu düzeyleri ile ilgili çalışmaların derlendiği bir çalışmada kadınların yaşlandıkça, serum ferritin seviyeleri artarken, serum östrojen seviyelerinin azaldığı sonucuna varılmıştır (Chen ve diğ., 2015).

Folik Asit

Folat, meyvelerde ve yeşil yapraklı sebzelerde bulunan suda çözünen bir vitamindir. Folik asit, zenginleştirilmiş besin ve besin takviyelerinde bulunan folatın sentezlenmiş şeklidir ve doğal olarak oluşan folata göre daha yüksek biyoyararlılık gösterir (Khan ve Jialal, 2019). Bir çalışmada 100 kadın rastgele iki gruba ayrılarak bir gruba 5 mg folik asit diğer gruba ise plasebo verilmiş olup folik asit kullanan kadınların serum homosistein düzeylerinde bir azalma olduğu ancak premenopoz seviyesine düşmediği belirlenmiştir (Fathy ve diğ., 2019). Yapılan bir başka çalışmada ise postmenopoz döneminde olan kadınların folik asit kullanımının sıcak basmasına olumlu yönde etki edebileceği sonucuna varılmıştır (Gaweesh ve Ewies, 2010). Bir başka çalışmada ise menopoz sonrası kadınlarda folik asit takviyesinin plazma homosistein üzerindeki etkisi incelenmiştir. Kadınlara 4 ay boyunca 1 mg folik asit takviyesi verilmiştir. Çalışma sonucunda folik asit takviyesinin postmenopozal kadınlarda plazma homosistein seviyesini azaltabileceği sonucuna varılmıştır (Almassinokiani ve diğ., 2016).

B12 Vitamini

B vitaminlerinin KMY üzerindeki rolü belirsizdir, çünkü az sayıda çalışma B vitamini durumu ile KMY / kemik döngüsü arasında bir ilişki gözlemlememiştir (Dennehy & Tsourounis, 2010). Premenopoz, menopoz ve postmenopozal kadınların B12 vitamini gereksinmesi 4 mcg'dır (TÜBER, 2015). Yapılan hiçbir çalışma kırık riski ve B vitamini durumunu değerlendirmemiştir. Bir çalışmada ise folat (5 mg/gün) ve B12 vitamini (1,5 mg/gün) takviyesinin yaşlı kadınlarda % 75 kalça kırığı riskini azalttığı sonucuna varılmıştır (Sato ve diğ., 2005). B vitaminleri ve / veya folat ile takviyenin KMY'yi ve diğer kemik döngüsünün belirteçlerini iyileştirip iyileştirmediği

ve bunun postmenopozal kadınlarda kırık riskini azaltıp azaltmadığı bilinmemektedir (Dennehy & Tsourounis, 2010).

2.5 Menopoz Döneminde Yeme Davranışı ve Yaşam Kalitesi

Menopoz sırasında yaşam kalitesini sürdürmek en önemli sağlık hedeflerinden biridir. Bu nedenle menopoz döneminde kadınların yaşam kalitesini ve ilgili faktörleri belirlemek kadın sağlığını iyileştirmek için önemlidir. Bu dönemi anlamak için kadın ve ailesi eğitilmeli ve desteklenmelidir. Eğitimden sonra, kadının yaşayacağı veya yaşamakta olduğu menopoza bağlı olan fiziksel ve psikolojik semptomlar ve bu durumla ilgili kaygı azalarak kadının menopozla başa çıkması kolaylaşabilecektir (Bezircioğlu ve diğ., 2004).

Menopozla birlikte sözü edilen bir diğer faktörde beden algısıdır. Beden algısı (body perception) veya beden imgesi (body image), bedeninin tamamına, parçalarına ya da parçalarının işlevlerine yönelik bir anlamdan oluşur. Beden imgesi, bireyler birbirleriyle buluştuğunda yargılanan en önemli özelliktir. Aynı zamanda yaşam kalitesinin bir parçasıdır. Bireyin sağlık ve hastalık semptomları hakkındaki görüşlerini de içeren beden imajının yaşam kalitesinin ana unsurlarından biri olduğu belirtilmiştir (Jafary ve diğ., 2011).

Menopoz sonrası kadınlarda beden imajı üzerine az sayıda çalışma vardır ve bu çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı araştırmalar, psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin genellikle yaşlanma ve menopoz evresine girme ile meydana geldiğini, bunun da vücut ağırlığı ve beslenme ile ilgili endişelere neden olduğunu göstermiştir (Lewis ve diğ., 2001; Clarke, 2002). Menopoz ve yaşlanma gibi özel durumlar kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. (Schneider ve diğ., 2008). Koreli kadınlarla yapılan bir çalışmada, perimenopozal ve postmenopozal

dönemdeki kadınlar arasında sağlık algısı, beden imgesi ve depresyon açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Kim ve diğ., 2006).

Bir araştırmada 60-70 yaş arası kadınların vücut ağırlıklarından hoşnut olmadıkları gözlenmiştir (Mangweth-Matzek ve diğ., 2006). Elli yaş üzeri kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %80'inin bedenlerinden hoşnut olmadıklarını ve bunların yarısının normal vücut ağırlığında olduğunu ve bedenlerinden daha fazla hoşnut olanlarında görünümünün sadece bir yönünden hoşnutsuzluk duydukları bulunmuştur (McLaren ve Kuh, 2004). Ayrıca, menopozun her döneminde kadınların genelde bedenlerinden hoşnut olmadıkları ve on yıl öncesine göre kendilerini daha az çekici buldukları ve daha genç olmayı istedikleri belirlenmiştir (Bloch, 2002; Koch ve diğ., 2005). Bir başka araştırmada, yaşamı boyunca zayıf olan kadınların orta yaş döneminde vücut ağırlığındaki hızlı bir artış beden memnuniyetsizliğinde artış olduğu gözlenmiştir. Ergenliğe geç yaşta erişen ve menopoz öncesi dönem ya da menopoz öncesinden itibaren hormon tedavisi alan orta yaş grubu kadınların vücutlarından en hoşnut grup olduğu bulunmuştur (McLaren ve Kuh, 2003). Doğal olarak menopoza giren kadınların beden imajının ve menopozal tutumların cerrahi menopoz geçiren kadınlardan daha olumlu olduğu sonucuna varılmıştır (Erbil, 2018). Kadınlarda, beden algısına olan ilginin yaşın artmasıyla azaldığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır. McKinley (2006a; 2000b), bir izleme çalışması sonucunda, genç kadınların orta yaş döneminde bedenlerini daha az gözlediklerini ve bedenlerinden daha az utandıklarını; Tiggemann ve Lynch (2001) ise beden memnuniyetsizliğinin yaş aralığında sabit kalmasına rağmen, kendini nesneleştirme, alışılmış vücut izleme, görünüm kaygısı ve düzensiz yeme yaşla birlikte önemli ölçüde azaldığı sonucuna varılmıştır. Özetle, beden imajı yaşla ilgili olup menopoza karşı iyimser bir tutumu olan kadınlar daha olumlu bir vücut imajına sahip olma eğiliminde olduğu söylenebilir.

Menopoz döneminde yaşam kalitesini etkileyen bir diğer etmende yeme davranışdır. Menopoz döneminde olan veya menopoz başlangıcında olan kadınlarda yeme bozuklukları araştırılmıştır. Perimenopozal kadınlarda premenopozal kadınlara göre yeme davranış bozukluğunun anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Runfola ve diğ., 2013). Cezayir’de yapılan bir çalışmada kadınlarda menopoz geçiş belirtilerinin yaşam kalitesi ve yeme davranışı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Sıcak basması, gece terlemesi, çarpıntı, anksiyete, baş ağrısı, hafıza kaybı ve uykusuzluk kadınların hissettiği belirtilerdir. Yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, %53’ünün ılımlı bir yaşam kalitesine, %16’sının düşük yaşam kalitesine, %25’inin de iyi bir yaşam kalitesine ve kadınların %6’sında mükemmel bir yaşam kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Menopoz geçişinin bu zamanında, %64’ü yeme davranışlarında değişiklik olduğunu bildirmiştir. Perimenopoz dönemindeki klinik semptomlar sonucunda kadınların menopoz geçişindeki yaşam kalitesinin etkilediği bulunmuştur (Azzeddine ve diğ., 2017).

Amerika’da yapılan bir çalışmada 40 ve 68 yaşları arasında 310 orta yaşlı kadının menopozal duruma göre yeme bozukluğu ve vücut imajındaki grup farklılıkları araştırılmıştır. Çalışma sonucunda yeme bozukluğu belirtilerinin menopozal duruma göre farklı olmadığı veya vücut imajı kaygıları açısından bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır (Thompson ve diğ., 2019b).

Yapılan bir pilot çalışmada, erken perimenopoz sırasında orta yaştaki kadınlarda östradiol ve progesteron hormonlarının yeme bozukluğu ve semptom değişikliği üzerindeki etkisi incelenmiştir. Östradiol hormonu, progesteron hormonundan yüksek olduğunda kadınlarda aşırı yemek yeme isteği artarken, östradiol hormonu progesteron homonundan düşük olduğunda ise aşırı yemek yeme isteği olmadığı sonucuna varılmıştır. Östradiol hormonu, progesteron hormonundan

düşük olduğunda vücutlarını beğenmediklerini, östradiol homonu, progesteron hormonundan yüksek olduğunda ise kadınların vücutlarını beğendiği sonucuna varılmıştır (Baker ve diğ., 2019). Perimenopozda, vazomotor semptomların neden olduğu uyku bozuklukları, aşırı yemek yeme riskini artırabilir ve kadınların yaşam kalitesini de olumsuz şekilde etkilemektedir (Baker and Runfola, 2016).

Bu çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların yeme davranışı, beden algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Bölüm 3

BİREYLER VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma Mayıs 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Gazimağusa ve İskele bölgelerinde yaşayan 40-70 yaş aralığında menopoz dönemdeki kadınlar ile yürütülmüştür. Araştırma evreni KKTC İskele ve Mağusa bölgesinde ikamet eden menopoz dönemindeki kadın bireylerden oluşmaktadır. Evrende yer alan kişi sayısı bilinmemektedir. Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğünü belirlemek için %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hatası ile evreni bilinmeyen örneklem sayısı formülü ile örneklem sayısı 384 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın etik açıdan uygunluğu Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu tarafından 21/05/2018 tarihli 2018/59-13 sayılı karar ile onaylanmıştır (Ek 1). Araştırmaya dahil olma kriterleri:

1. Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
2. Kadınların 40 yaş üstünde olması,
3. Kadınların ana dilinin Türkçe olması,
4. Gazimağusa ve İskele bölgesinde ikamet ediyor olması.
5. Menopoz döneminde olması.

3.2 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Anket formu bireylerin genel bilgilerini, sağlık bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını, antropometrik ölçümlerini, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Yeme Tutumu

Testi (YTT-40) ve Beden Algısı Ölçeğini kapsamakta olup anket ve teke tek görüşme tekniği ile veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Antropometrik ölçümlerden boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçümleri aşağıda belirtildiği şekilde tekniklerine uygun olarak yapılmıştır (Ek 2).

Antropometrik Ölçümler

Araştırma kapsamına alınacak olan bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçümleri yapılmıştır. Boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçümleri esnemeyen mezura ile yapılmıştır.

Vücut Ağırlığı: Hafif giysilerle, ayakkabısız, elde taşınabilen 0.1 kg'a duyarlı terazi ile ölçülmüştür (Baysal ve diğ., 2013).

Boy Uzunluğu: Bireylerin ayakları yan yana ve Frankfort yatay düzlemde dik durarak, başın en üst kısmının en yüksek noktasına duvara işaret bırakıp, zeminin en alt kısmı ile işaret koyulan yer arasındaki uzunluk ölçülmüştür (Thomas, 2004).

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Vücut ağırlığının, boy uzunluğunun metre karesine bölünmesi [$\text{vücut ağırlığı (kg)/boy (m)}^2$] ile hesaplanmıştır. WHO standartlarına göre $<18,5 \text{ kg/m}^2$ zayıf, $18,5- 24,9 \text{ kg/m}^2$ normal, $25,0- 29,9 \text{ kg/m}^2$ kilolu, $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ ise obez olarak tanımlanmıştır (WHO, 2000).

Bel Çevresi: En alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası orta noktadan geçen çevre ölçülmüştür. Erkeklerde $\geq 94\text{cm}$ ve kadınlarda $\geq 80 \text{ cm}$ kronik hastalık riskini gösterirken erkeklerde $\geq 102\text{cm}$ ve kadınlarda $\geq 88\text{cm}$ yüksek risk ile ilişkilendirilmektedir (WHO, 2000).

Kalça Çevresi: Bireyin yanında durularak en yüksek noktadan geçen çevre ölçülmüştür (Pekcan, 2008).

Bel-Kalça Oranı: Bel çevresinin (cm), kalça çevresine (cm) bölünmesi ile hesaplanmıştır. WHO'ya göre bel/kalça oranının erkeklerde $\geq 0,90$ cm, kadınlarda

$\geq 0,85$ cm'den fazla olması metabolik komplikasyon riskini arttırmaktadır (WHO 2000).

Bel-Boy Oranı: Bel çevresi boy uzunluğuna bölünerek hesaplanmıştır. Bel boy oranı 0.4-0.5 arasında olanlar normal, ≥ 0.5 olanlar riskli olarak değerlendirilmiştir (Meseri, Ucku, & Unal, 2014).

Yeme Tutum Testi (YTT)-40

Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır ve Türkçe ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,65, Cronbach's alfa katsayısı 0,70 olarak saptanmıştır. YTT, 40 maddeden oluşan, altılı likert tipi bir ölçektir. Madde 1, 18, 19, 23, 27, 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak diğer maddeleri için ise tersi şekilde hesaplanır. Her maddeden alınan puanlar toplanarak toplam puan hesaplanır. En düşük puan 0 ve en yüksek puan 120 olup kesim puanı 30 olarak belirlenmiştir. Buna göre 30 puan üzeri artmış riski belirtmektedir (Savaşır ve Erol, 1989).

Beden Algısı Ölçeği

Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hovardaoğlu tarafından yapılarak Chronbach's alpha kat sayısı 0,75 olarak saptanmıştır. Ölçek, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden hoşnutluk düzeylerini ölçmeyi amaçlayan 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her bir madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum", "Çok beğeniyorum" şeklinde 5 farklı yanıt seçeneği bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan, bireyin verdiği yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı ile hesaplanmaktadır.

Toplam puan 40 ile 200 arasında değişmekte olup alınan puanın yüksekliği bireyin bedeninden hoşnut olma düzeyinin yüksekliğini göstermektedir (Hovardaoğlu, 1993).

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Schneider ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiş olup daha sonra yine Schneider ve arkadaşları tarafından İngilizce geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ise Gürkan tarafından yapılarak Chronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak belirlenmiştir. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte, her bir madde için 0: Hiç yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Ölçek somatik şikayetler (1, 2, 3 ve 11 numaralı maddeler), psikolojik şikayetler (4, 5, 6 ve 7 numaralı maddeler), ürogenital şikayetler (8, 9 ve 10 numaralı maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0” en yüksek puan “44”dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Gürkan, 2005).

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Hilditch ve arkadaşları tarafından menopozda sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir. Kharbouch ve Şahin tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup Cronbach’s alfa katsayısı alt gruplar için ayır ayır olmak üzere 0,73-0,88 olarak belirlenmiştir. Ölçek vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alt gruptan oluşmaktadır. Vazomotor alt grupta (1-3. sorular) sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığı ve şiddetini değerlendirir. Psikososyal alt grupta (4-10. sorular) hayatından memnun olmama, endişeli ve gergin hissetme, hafızada zayıflama, kendini eskisinden daha az başarılı hissetme, depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme, diğer insanlara tahammülsüzlük,

yalnız kalma isteği gibi sorularla bireysel psikolojik iyilik algısını değerlendirir. Fiziksel alt grupta (11-26. sorular), gaz çıkarma ya da gaz ağrılarını, kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış hissetme, uyuma gclğ, baş ve boyun arkasında ağrılar, fiziksel gte azalma, dayanma gücünde azalma, enerjide azalma hissi, ciltte kuruluk, ağırlık artışı, yüz tüylerinde artma, cildin görünümünde, esnekliğinde ve rengine değişiklik, şişkinlik, bel ağrısı, sık idrara çıkma, öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma gibi genel semptomları değerlendirir. Cinsel alt grupta ise (27-29. sorular), cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtilerini değerlendirir. Her bir alt grup puanı 1'den 8'e doğru puanlanıp puan artışı yakınmanın şiddetindeki artışı göstermektedir (Kharbouch ve Sahin, 2007).

3.3 Verilerin İstatistiksel Analizi

Bulguların belirlenmesinde kullanılan istatistiksel analizler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24,0 yazılımında gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama (\bar{x}), standart sapma (SS), medyan (M), sıra ortalaması (SO), alt, st) kullanılmıştır. Sosyo-demografik özelliklerine, sigara-alkol kullanma, genel sağlık durumuna öğün tüketim durumlarına göre dağılımını frekans analiziyle saptanmıştır. Kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine, antropometrik ölçümlerine ve MSDÖ, MYK, YTT-40 ve Beden Algısı leği puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir. Hipotez testlerinin belirlenmesi için veri setinin normal dağılım gösterme durumu Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenerek normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Buna göre nonparametrik hipotez testleri olan Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testiyle karşılaştırmalar yapılmış ve sürekli değişkenler arasındaki korelasyonların saptanması için Spearman testi kullanılmıştır (Santoso, 2017).

Bölüm 4

BULGULAR

Bu çalışmada kadınların sosyo-demografik özellikleri, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Yeme Tutumu Testi (YTT-40) ve Beden Algısı Ölçeğine ait bulgular aşağıda tablolarla sunulmuş ve yorumlanmıştır.

Tablo 4.1: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (S=384)

	S	%
Yaş grubu (yıl)		
40-50	112	29,17
51-60	176	45,83
61-70	96	25,00
Eğitim durumu		
Okur-yazar	32	8,33
İlkokul	55	14,32
Ortaokul	63	16,41
Lise	159	41,41
Üniversite	75	19,53
Meslek		
Kamu personeli	59	15,36
İşçi	6	1,56
Emekli	21	5,47
Serbest meslek	45	11,72
Çalışmıyor	253	65,89
Çocuk sahibi olma		
Olan	374	97,40
Olmayan	10	2,60
Çocuk sayısı		
Bir	31	8,29
İki	173	46,26
Üç	86	22,99
Dört	44	11,76
Beş ve üzeri	40	10,70

Tablo 4.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre kadınların %29,17’sinin ≤50 yaş, %45,83’ünün 51-60 yaş ve %25,0’inin 61-70 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ise kadınların %14,32’sinin ilkokul, %16,41’inin ortaokul, %41,41’inin lise ve %19,53’ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %15,36’sının kamu personeli, %11,72’sinin serbest meslek sahibi olduğu ve %65,89’unun çalışmadığı saptanmıştır. Kadınların çocuk sahibi olma durumuna bakıldığında ise %97,40’ının çocuk sahibi olduğu, çocuğu olan kadınların %46,26’sının iki çocuk, %22,99’unun üç çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2: Kadınların öğün tüketim durumlarına göre dağılımı (S=384)

	S	%
Tüketilen ana öğün sayısı		
İki öğün	141	36,72
Üç öğün	243	63,28
Tüketilen ara öğün sayısı		
Hiç tüketmeyen	4	1,04
Bir öğün	139	36,20
İki öğün	214	55,73
Üç öğün	27	7,03
Ana öğün atlama durumu		
Atlayan	356	92,71
Atlamayan	28	7,29
Atlanan ana öğün		
Sabah	140	39,33
Öğlen	137	38,48
Akşam	79	22,19
Ana öğün atlama nedeni		
Zayıflamak için	32	8,99
Canım istemediği için	279	78,37
Unuttuğu için	11	3,09
Zaman yetersizliğinden	34	9,55

Tablo 4.2’de bireylerin ana ve ara öğün tüketimleri değerlendirilmiştir. Buna göre kadınların %36,72’sinin günde iki ana öğün, %63,28’sinin günde üç ana öğün

tükettiği saptanmıştır. Kadınların %36,20'sinin günde bir ara öğün, %55,73'ünün günde iki ara öğün tükettiği saptanmıştır. Kadınların %92,71'inin öğün atladığı, öğün atlayanların %39,33'ünün genellikle sabah öğününü, %38,48'inin öğlen ve %22,19'unun akşam öğününü atladığı, öğün atlayan kadınların %78,37'sinin canı istemediği için öğün atladığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3: Kadınların sigara-alkol kullanımı ve genel sağlık durumuna göre dağılımı (S=384)

	S	%
Sigara içme durumu		
İçen	123	32,03
İçmeyen	261	67,97
Sigara içme süresi (yıl)		
<1	1	0,81
1-5	3	2,44
>5	119	96,75
Günlük içilen sigara miktarı (adet)		
1-5	9	7,32
6-10	38	30,89
11-15	30	24,39
≥20	46	37,40
Alkol tüketme durumu		
Tüketen	61	15,89
Tüketmeyen	323	84,11
Tanısı konmuş kronik hastalık		
Var	270	70,31
Yok	114	29,69
Hastalık		
Tip 2 Diyabet	67	24,81
Kalp ve Damar Hastalığı	46	17,04
Kemik-Eklemler Hastalıkları	38	14,07
Hipertansiyon	36	13,33
Troid hastalığı	33	12,22
Hiperlipidemi	16	5,93
Kanser	10	3,70
Alerjik Hastalıklar	9	3,33
Romatizma	9	3,33
Sindirim sistemi hastalıkları, böbrek hastalıkları, astım	6	2,22
Vitamin-Mineral desteği kullanma		
Kullanan	218	56,77
Kullanmayan	166	43,23
Vitamin-Mineral kullanımı		
D Vitamini	97	44,50
Kalsiyum	75	34,40
Demir	18	8,26
Omega-3	14	6,42
B12 Vitamini	7	3,21
Folik Asit	3	1,38
Multivitamin	4	1,83

Tablo 4.3 incelendiğinde kadınların %32,03'ünün sigara içtiği, sigara içenlerin %96,75'inin >5 yıl sigara içtiği, %30,89'unun günde 6-10 adet, %24,39'unun günde 11-15 adet ve %37,40'ının günde ≥ 20 adet sigara içtiği ve %84,11'inin alkol tüketmediği belirlenmiştir. Kadınların %70,31'inde tanısı konmuş kronik bir hastalık bulunduğu, kronik hastalığı olanların %24,81'inin tip 2 diyabet, %17,04'ünün kalp ve damar hastalığı, %14,07'sinin kemik-eklem hastalığı, %13,33'ünün yüksek tansiyon, %12,22'sinin tiroid hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kadınların %56,77'sinin vitamin-mineral desteği kullandığı ve vitamin-mineral desteği kullanan kadınların %44,50'sini D vitamini ve %34,40'ının kalsiyum aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4: Kadınların su, çay ve kahve tüketim durumlarına göre dağılımı (S=384)

	S	%
Günlük içilen su miktarı (L)		
1-1.9	80	20,83
2-2.9	235	61,20
≥ 3	69	17,97
Çay içme durumu		
İçen	347	90,36
İçmeyen	37	9,64
Günlük içilen çay miktarı (bardak-150 ml)		
1	53	15,27
2	153	44,09
3	71	20,46
≥ 4	70	20,17
Tüketilen çay çeşidi		
Siyah Çay	272	78,38
Yeşil Çay	45	12,97
Bitki Çay	30	8,65
Kahve içme durumu		
İçen	372	96,88
İçmeyen	12	3,13
Tüketilen kahve çeşidi		
Türk Kahvesi	351	91,41
Filtre Kahve	8	2,08
Hazır Kahve	13	3,39

Tablo 4.4 incelendiğinde kadınların %20,83'ünün günde 1-1.9 L, %61,20'sinin 2-2.9 L ve %17,97'sinin 3 L ve üzeri su tükettiği saptanmıştır. Kadınların %90,36'sının çay tükettiği ve çay tüketen kadınların %15,27'sinin günde 1 bardak, %44,09'unun günde 2 bardak, %20,46'sının günde 3 bardak ve %20,17'sinin günde ≥4 bardak çay tükettiği saptanmıştır. Çay tüketen kadınların 78,38'sinin siyah çay, %12,97'sinin yeşil çay tükettiği görülmüştür. Kadınların %96,88'inin kahve tükettiği saptanmış olup kahve tüketen kadınların %91,41'i Türk kahvesi tüketmektedir.

Tablo 4.5: Kadınların antropometrik ölçümlerine ait tanımlayıcı istatistikler (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
Vücut ağırlığı (kg)	74,26	13,09	45	116
Boy uzunluğu (cm)	161,06	6,00	135	175
BKİ (kg/m²)	28,71	5,35	16,69	43,96
Bel çevresi (cm)	98,59	11,70	74	140
Kalça çevresi (cm)	105,92	9,36	86	138
Bel/Kalça oranı	0,93	0,08	0,66	1,19
Bel/Boy oranı	0,61	0,08	0,43	0,87

Tablo 4.5 incelendiğinde kadınların vücut ağırlığı ortalamasının $74,26 \pm 13,09$ kg, BKİ ortalamasının $28,71 \pm 5,35$ kg/m², bel çevresi ortalamasının $98,59 \pm 11,70$ cm, kalça çevresi ortalamasının $105,92 \pm 9,36$ cm, bel/kalça oranı ortalamasının $0,93 \pm 0,08$ ve bel/boy oranı ortalamasının $0,61 \pm 0,08$ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6: Kadınların antropometrik ölçüm sınıflamaları (S=384)

	S	%
BKİ (kg/m²)		
Zayıf	3	0,78
Normal	104	27,08
Kilolu	134	34,90
Obez	143	37,24
Bel çevresi (cm)		
Normal	20	5,21
Risk	54	14,06
Yüksek Risk	310	80,73
Bel/Kalça oranı		
Normal	57	14,84
Risk	327	85,16
Bel/Boy oranı		
Uygun	32	8,33
Eyleme geç	352	91,67

Tablo 4.6 incelendiğinde kadınların %34,90'ının kilolu ve %37,24'ünün obez olduğu görülmüştür. Kadınların bel çevresi değerlerinin %14,06'sının riskli ve %80,73'ünün yüksek riskli olduğu saptanmıştır. Kadınların bel/kalça oranının %85,16'sının riskli olduğu, bel/boy oranının %91,67'sinin eyleme geç şeklinde olduğu görülmüştür.

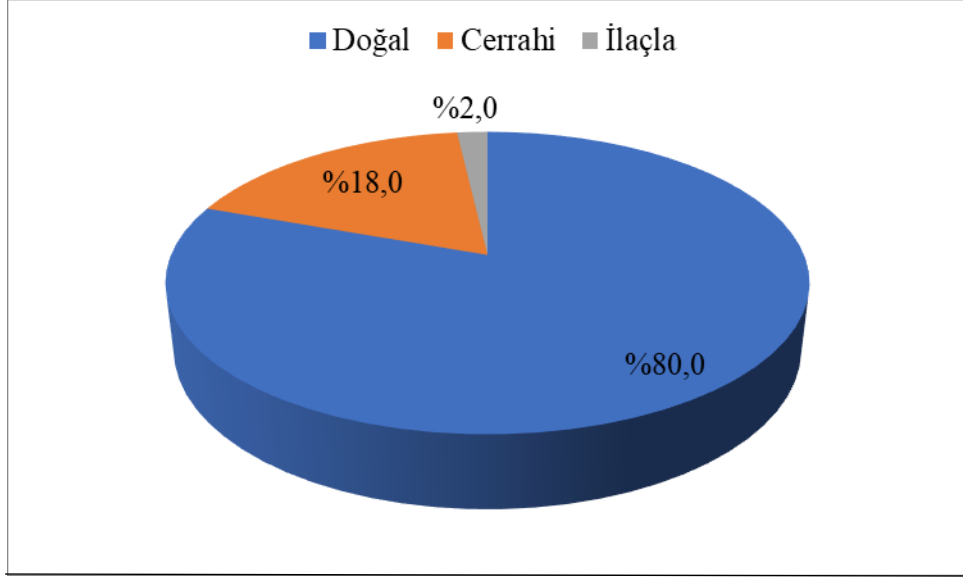
Tablo 4.7: Kadınların yaş, menars yaşı, menopoz yaşı, gebe kalma yaşı ve toplam gebelik sayısına ait tanımlayıcı istatistikler (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
Yaş (yıl)	55,39	7,29	40	70
Menars yaşı (yıl)	12,68	1,31	10	17
Menstruel süre (gün)	5,15	1,26	3	10
Menopoz yaşı (yıl)	47,41	5,41	30	60
İlk gebe kalma yaşı (yıl) (S=375)	21,27	3,55	14	32
Toplam gebelik sayısı (S=375)	3,37	1,83	1	10

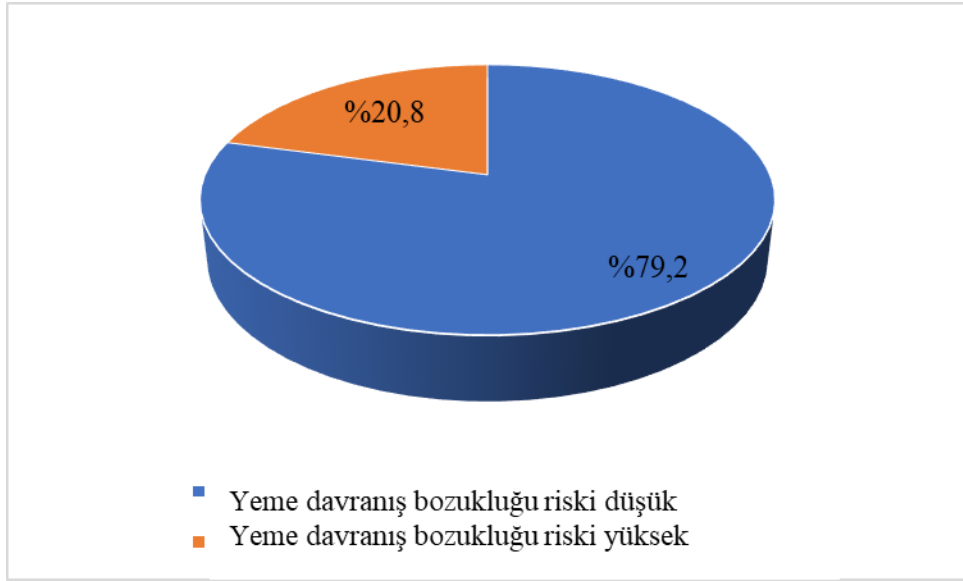
Tablo 4.7 incelendiğinde kadınların yaş ortalamasının $55,39 \pm 7,29$ yıl olduğu saptanmıştır. Kadınların menarş yaşı ortalamasının $12,68 \pm 1,31$ yıl olduğu, menstruel süre ortalamasının $5,15 \pm 1,26$ gün olduğu sonucuna varılmıştır. Kadınların 375’I gebelik geçirmiş olup ilk gebe kalma yaş ortalaması $21,27 \pm 3,55$ yıl ve toplam gebelik sayısı ortalaması $3,37 \pm 1,83$ olarak saptanmıştır.

Şekil 4.1’de kadınların %80,0’inin doğal yolla, %18,0’inin cerrahi yolla ve %2,0’sinin ilaçla menopoza girdiği görülmektedir.

Şekil 4.2 incelendiğinde kadınların %79,2’sinin yeme davranışı bozukluğu riskinin düşük, %20,8’inin ise yeme davranışı bozukluğu riskinin yüksek olduğu görülmektedir.



Şekil 4.1: Kadınların menopoza girme şekillerine göre dağılımı



Şekil 4.2: Kadınların YTT-40'a göre yeme davranış bozukluğu risk durumları

Tablo 4.8: Kadınların MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler (S=384)

	\bar{x}	SS	Alt	Üst
MSDÖ	19,31	8,37	0	37
MÖYKÖ Vazomotor	5,75	2,05	1	8
MÖYKÖ Psikososyal	3,94	2,00	1	8
MÖYKÖ Fiziksel	4,71	1,62	1	8
MÖYKÖ Seksüel	5,76	2,23	1	8
YTT-40	20,80	13,18	2	75
Beden Algısı Ölçeği	146,87	27,88	55	200

Tablo 4.8 incelendiğinde kadınların MSDÖ'den ortalama $19,31 \pm 8,37$ puan aldıkları belirlenmiştir. Kadınlar 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 Seksüel alt boyutundan ortalama $5,76 \pm 2,23$ puan almıştır. Kadınların YTT-40 puan ortalaması $20,80 \pm 13,18$ ve Beden Algısı Ölçeği puan ortalaması $146,87 \pm 27,88$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.9: Kadınların eğitim durumlarına göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	S	\bar{x}	SS	M	SO	χ^2	P	Fark
MSDÖ	Okur-yazar değil	32	20,16	7,57	19,50	203,75	12,697	0,013*	1-5
	İlkokul	55	19,84	7,83	19,00	198,47			2-5
	Ortaokul	62	20,63	8,91	21,00	210,77			3-5
	Lise	159	19,79	8,10	20,00	198,89			4-5
	Üniversite	75	16,47	8,77	15,00	152,12			
MÖYKÖ-Vazomotor	Okur-yazar değil	32	5,29	2,33	6,00	170,84	4,440	0,350	
	İlkokul	55	5,24	2,40	6,00	173,75			
	Ortaokul	63	5,94	2,07	6,33	206,31			
	Lise	159	5,87	2,00	6,00	199,14			
	Üniversite	75	5,88	1,63	6,00	189,80			
MÖYKÖ-Psikososyal	Okur-yazar değil	32	3,92	2,08	3,50	190,61	8,952	0,062	
	İlkokul	55	4,28	1,95	4,33	212,45			
	Ortaokul	63	3,77	2,05	3,50	182,85			
	Lise	159	4,13	2,00	3,83	203,48			
	Üniversite	75	3,41	1,91	3,17	163,49			
MÖYKÖ-Fiziksel	Okur-yazar değil	32	5,58	1,35	5,66	252,67	33,147	0,000*	1-5
	İlkokul	55	4,85	1,51	4,88	197,78			2-5
	Ortaokul	63	4,97	1,69	5,44	215,63			3-5
	Lise	159	4,79	1,50	5,13	196,86			4-5
	Üniversite	75	3,84	1,65	3,56	134,29			
MÖYKÖ-Seksüel	Okur-yazar değil	32	6,41	2,11	7,00	227,33	20,561	0,000*	1-5
	İlkokul	55	5,98	2,22	7,00	203,63			2-5
	Ortaokul	63	6,10	2,39	7,00	219,39			3-5
	Lise	159	5,82	2,13	6,67	192,47			4-5
	Üniversite	75	4,94	2,19	5,00	146,96			
YTT-40	Okur-yazar değil	32	19,72	10,37	16,00	194,19	27,465	0,000*	2-3
	İlkokul	55	24,51	14,68	25,00	221,15			3-5
	Ortaokul	63	17,00	10,61	15,00	160,60			4-5
	Lise	159	18,81	12,98	14,00	172,69			
	Üniversite	75	25,93	13,57	23,00	239,57			
Beden Algısı Ölçeği	Okur-yazar değil	32	134,50	28,61	135,50	146,88	26,436	0,000*	1-5
	İlkokul	55	140,04	24,93	143,00	168,99			2-5
	Ortaokul	63	141,41	22,91	141,00	166,40			3-5
	Lise	159	147,64	26,01	149,00	196,88			4-5
	Üniversite	75	160,13	32,20	164,00	241,85			

* $p < 0,05$ 1: Okur-yazar değil, 2: İlkokul, 3: Ortaokul, 4: Lise, 5: Üniversite

Tablo 4.9 kadınların eğitim durumlarına göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi

sonuçları gösterilmiştir. Buna göre üniversite mezunu olan kadınların MSDÖ ve MÖYKÖ puanları diğer eğitim gruplarına kıyasla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Üniversite mezunu olan kadınların YTT-40 puanları ortaokul ve lise mezunlarına kıyasla daha yüksektir ($p<0,05$). İlkokul mezunu olanların YTT-40 puanları ortaokul mezunu olanlara göre yüksektir ($p<0,05$). Üniversite mezunu olan kadınların Beden Algısı Ölçeği puanları diğer eğitim gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.10: Kadınların menopoza girme zamanlarına göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Menopoz Zamanı	S	\bar{x}	SS	M	SO	χ^2	p	Fark
MSDÖ	Erken	50	16,82	9,85	16,00	160,63	7,153	0,028*	1-2
	Normal	302	19,90	8,02	20,00	199,85			
	Geç	32	17,63	8,45	16,00	167,14			
MÖYKÖ-Vazomotor	Erken	50	5,43	2,13	5,67	173,25	6,603	0,037*	2-3
	Normal	302	5,90	1,94	6,17	199,70			
	Geç	32	4,79	2,59	5,17	154,59			
MÖYKÖ-Psikososyal	Erken	50	3,84	2,11	3,67	185,40	7,402	0,025*	2-3
	Normal	302	4,04	1,97	3,83	198,85			
	Geç	32	3,10	2,01	2,42	143,64			
MÖYKÖ-Fiziksel	Erken	50	4,11	1,79	4,03	152,46	8,259	0,016*	1-2
	Normal	302	4,83	1,54	5,16	200,24			
	Geç	32	4,56	1,90	4,41	182,05			
MÖYKÖ-Seksüel	Erken	50	5,46	2,19	6,00	170,44	2,530	0,282	
	Normal	302	5,80	2,23	7,00	194,93			
	Geç	32	5,88	2,30	7,00	204,00			
YTT-40	Erken	50	24,16	13,56	26,00	221,03	3,859	0,145	
	Normal	302	20,29	13,02	16,00	188,70			
	Geç	32	20,28	13,76	14,50	183,81			
Beden Algısı Ölçeği	Erken	50	154,44	30,86	155,00	226,92	5,537	0,063	
	Normal	302	145,91	27,20	144,00	187,52			
	Geç	32	144,09	28,35	146,00	185,72			

* $p<0,05$ 1: Erken, 2: Normal, 3: Geç

Tablo 4.10’da kadınların menopoza girme zamanlarına göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan

Kruskal-Wallis H testi sonuçları gösterilmiştir. Menopoza erken giren kadınların MSDÖ puanları normal zamanda giren kadınlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Menopoza normal dönemde giren kadınların MÖYKÖ Vazomotor ve MÖYKÖ Psikososyal alt boyutlarından aldıkları puanlar geç girenlere göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Menopoza erken giren kadınların MÖYKÖ Fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar normal zamanda girenlere göre düşüktür ($p<0,05$). Kadınların YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının menopoza girme zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11: Kadınların menopoza girme şekillerine göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Menopoza Girme Şekli		S	\bar{x}	SS	M	SO	χ^2	p	Fark
MSDÖ	Doğal	308	19,88	7,68	20,00	198,74	6,721	0,035*	1-2
	Cerrahi	68	16,54	10,41	15,50	160,47			2-3
	İlaçla	7	21,00	11,34	17,00	201,79			
MÖYKÖ Vazomotor	Doğal	309	5,95	1,86	6,00	200,41	11,425	0,003*	1-2
	Cerrahi	68	4,79	2,53	5,00	152,53			2-3
	İlaçla	7	6,24	2,39	7,00	231,71			
MÖYKÖ Psikososyal	Doğal	309	4,07	1,99	3,83	200,25	8,071	0,018*	1-2
	Cerrahi	68	3,34	1,94	2,75	158,13			
	İlaçla	7	3,81	2,26	3,50	184,36			
MÖYKÖ Fiziksel	Doğal	309	4,89	1,51	5,19	204,55	18,857	0,000*	1-2
	Cerrahi	68	3,92	1,82	3,81	141,00			
	İlaçla	7	4,25	2,01	3,50	160,79			
MÖYKÖ Seksüel	Doğal	309	5,88	2,16	7,00	197,41			
	Cerrahi	68	5,29	2,47	6,00	173,66			
	İlaçla	7	5,38	2,30	6,33	158,79			
YTT-40	Doğal	309	20,28	12,71	16,00	189,03	1,825	0,401	
	Cerrahi	68	22,62	14,68	22,50	204,60			
	İlaçla	7	26,14	17,31	20,00	227,93			
Beden Algısı Ölçeği	Doğal	309	146,17	28,24	145,00	189,36	1,536	0,464	
	Cerrahi	68	149,19	26,62	149,00	203,31			
	İlaçla	7	155,57	24,57	153,00	226,14			

* $p < 0,05$ 1: Doğal, 2: Cerrahi, 3: İlaçla

Tablo 4.11’de kadınların menopoza girme şekillerine göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre menopoza cerrahi yöntemle giren kadınların MSDÖ puanları ilaçla ve doğal yolla menopoza giren kadınlardan daha düşüktür ($p < 0,05$). Menopoza cerrahi yöntemle giren kadınların MÖYKÖ Vazomotor alt boyutundan aldıkları puanlar diğerlerine göre düşük olduğu sonucuna

varılmıştır ($p<0,05$). Menopoza cerrahi yöntemle giren kadınların MÖYKÖ-Psikososyal ve MÖYKÖ-Fiziksel alt boyutlarından aldıkları puanlar doğal yolla girenlere göre düşük olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$). Kadınların menopoza girme şekillerine göre YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 4.12: Kadınların antropometrik ölçümleri ile MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanları arasındaki ilişki (S=384)

		Vücut ağırlığı (kg)	BKI (kg/m ²)	Bel çevresi (cm)	Kalça çevresi (cm)	Bel/Kalça oranı	Bel/Boy oranı
MSDÖ	r	0,128	0,156	0,181	0,173	0,103	0,193
	p	0,012*	0,002*	0,000*	0,001*	0,044*	0,000*
MÖYKÖ-Vazomotor	r	0,063	0,048	0,100	0,053	0,131	0,100
	p	0,218	0,345	0,051	0,300	0,010*	0,051
MÖYKÖ-Psikososyal	r	0,017	0,034	0,026	0,001	0,024	0,039
	p	0,739	0,508	0,617	0,985	0,640	0,452
MÖYKÖ-Fiziksel	r	0,239	0,307	0,258	0,210	0,192	0,291
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
MÖYKÖ-Seksüel	r	0,149	0,195	0,220	0,173	0,167	0,233
	p	0,003*	0,000*	0,000*	0,001*	0,001*	0,000*
YTT-40	r	-0,114	-0,109	-0,100	-0,042	-0,092	-0,093
	p	0,025*	0,033*	0,051	0,415	0,070	0,069
Beden Algısı Ölçeği	r	-0,342	-0,381	-0,342	-0,339	-0,172	-0,354
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,001	0,000*

* $p<0,05$

Tablo 4.12’de kadınların antropometrik ölçümleri ile MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlara ilişkin Spearman testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre kadınların MSDÖ puanları ile vücut ağırlığı ($r=0,128$; $p=0,012$), BKI ($r=0,156$; $p=0,002$), bel çevresi ($r=0,181$; $p=0,001$), kalça çevresi ($r=0,173$; $p=0,001$), bel/kalça oranı ($r=0,103$; $p=0,044$) ve bel/boy oranı ($r=0,193$; $p=0,000$) arasında pozitif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlar olduğu

tespit edilmiştir. Kadınların MÖYKÖ-fiziksel puanları ile vücut ağırlığı ($r=0,239$; $p=0,000$), BKİ ($r=0,307$; $p=0,000$), bel çevresi ($r=0,258$; $p=0,000$), kalça çevresi ($r=0,210$; $p=0,000$), bel/kalça oranı ($r=0,210$; $p=0,000$), ve bel/boy oranı ($r=0,291$; $p=0,000$) arasında pozitif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlar olduğu görülmüştür. Kadınların MÖYKÖ-seksüel puanları ile vücut ağırlığı ($r=0,149$; $p=0,003$), BKİ ($r=0,195$; $p=0,000$), bel çevresi ($r=0,220$; $p=0,000$), kalça çevresi ($r=0,173$; $p=0,001$), bel/kalça oranı ($r=0,167$; $p=0,001$), ve bel/boy oranı ($r=0,233$; $p=0,000$) arasında pozitif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlar olduğu görülmüştür.

Kadınların YTT-40 puanları ile vücut ağırlığı ($r=-0,114$; $p=0,025$) ve BKİ ($r=-0,109$; $p=0,033$) değerleri arasında negatif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlar olduğu belirlenmiştir. Kadınların Beden Algısı Ölçeği puanları ile vücut ağırlığı ($r=-0,342$; $p=0,000$), BKİ ($r=-0,381$; $p=0,000$), bel çevresi ($r=-0,342$; $p=0,000$), kalça çevresi ($r=-0,339$; $p=0,000$), bel/kalça oranı ($r=-0,172$; $p=0,001$) ve bel/boy oranı ($r=-0,354$; $p=0,000$) arasında negatif yönlü ve orta kuvvetli korelasyonlar bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.13: Kadınların YTT-40 sınıflamasına göre MSDÖ, MÖYKÖ ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	YTT-40	S	\bar{x}	SS	M	SO	Z	p
MSDÖ	Düşük Risk	304	19,01	8,11	19,00	188,20	-1,308	0,191
	Yüksek Risk	80	20,44	9,26	20,50	206,39		
MÖYKÖ Vazomotor	Düşük Risk	304	5,65	2,06	6,00	186,83	-1,964	0,050
	Yüksek Risk	80	6,10	1,97	6,17	214,03		
MÖYKÖ Psikososyal	Düşük Risk	304	3,94	1,95	3,67	193,63	-0,390	0,696
	Yüksek Risk	80	3,90	2,21	3,58	188,19		
MÖYKÖ Fiziksel	Düşük Risk	304	4,70	1,59	5,03	192,42	-0,028	0,977
	Yüksek Risk	80	4,75	1,75	4,97	192,81		
MÖYKÖ Seksüel	Düşük Risk	304	5,59	2,30	6,33	184,16	-2,908	0,004*
	Yüksek Risk	80	6,44	1,80	7,00	224,19		
Beden Algısı Ölçeği	Düşük Risk	304	146,63	26,98	145,00	190,35	-0,740	0,459
	Yüksek Risk	80	147,78	31,24	149,00	200,68		

* $p<0,05$

Tablo 4.13’de kadınların YTT-40 sınıflamasına göre MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına dair Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre kadınların yeme davranışı bozukluğu riskine göre MSDÖ ve Beden Algısı Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Yeme davranışı bozukluğu riski yüksek olan kadınların MÖYKÖ Seksüel alt boyutundan daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.14: Kadınların MSDÖ, MÖYKÖ, YTT ve Beden Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar (S=384)

	MSDÖ	MÖYKÖ Vazomotor	MÖYKÖ Psikososyal	MÖYKÖ Fiziksel	MÖYKÖ Seksüel	YTT-40	Beden Algısı
MSDÖ	r 1 p .						
MÖYKÖ Vazomotor	r 0,590 p 0,000*	1 .					
MÖYKÖ Psikososyal	r 0,711 p 0,000*	0,328 0,000*	1 .				
MÖYKÖ Fiziksel	r 0,726 p 0,000*	0,450 0,000*	0,647 0,000*	1 .			
MÖYKÖ Seksüel	r 0,526 p 0,000*	0,453 0,000*	0,229 0,000*	0,564 0,000*	1 .		
YTT-40	r 0,075 p 0,143	0,092 0,073	0,036 0,485	-0,010 0,849	0,138 0,007*	1 .	
Beden Algısı Ölçeği	r -0,329 p 0,000*	-0,153 0,003*	-0,201 0,000*	-0,427 0,000*	-0,395 0,000*	0,101 0,049*	1 .

* $p<0,05$

Tablo 4.14’te kadınların MSDÖ, MÖYKÖ, YTT-40 ve Beden Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlara ilişkin Spearman testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre kadınların MSDÖ puanı ile MÖYKÖ Vazomotor-Psikososyal-Fiziksel-Seksüel puanları arasında pozitif yönlü korelasyonlar (sırasıyla $r=0,590$, $p=0,000$; $r=0,711$, $p=0,000$; $r=0,726$, $p=0,000$; $r=0,526$, $p=0,000$) saptanmıştır. MSDÖ puanı ile

Beden Algısı Ölçeği puanı arasında ise negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ($r=-0.329$, $p=0.000$). MÖYKÖ Vazomotor-Psikososyal-Fiziksel-Seksüel puanları ile Beden Algısı Ölçeği puanları arasında negatif yönlü korelasyonlar (sırasıyla $r=-0,153$, $p=0,003$; $r=-0,201$, $p=0,000$; $r=-0,427$, $p=0,000$; $r=-0,395$, $p=0,000$) saptanmıştır. Kadınların Beden Algısı Ölçeği puanı ile YTT-40 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon ($r=0.101$, $p=0.049$) olduğu saptanmıştır.

Bölüm 5

TARTIŞMA

İnsan hayatı birçok yaşam evresinden oluşmaktadır (WHO, 2009). Menopoz kadın hayatının en önemli evrelerinden biridir. Menopoz döneminde yaşanan rahatsızlıklar ve birçok değişken yaşam kalitesini etkilemektedir. Kadının statüsü, sosyokültürel düzeyi, eğitim düzeyi, vb. kadının yaşam kalitesini etkileyen etmenlerdendir. Ayrıca sigara içme durumu, gebelik geçirmemiş olma durumu ve düşük sosyo-ekonomik durum, menopoz yaşını ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Hayatbakhsh ve diğ., 2012; Sun ve diğ., 2012; Bezircioğlu ve diğ., 2004).

Bu çalışmada kadınların menopoz yaşı ortalaması $55,39 \pm 7,29$ yıldır (Tablo 4.7). Türkiye'deki kadınların menopoza girme yaşının ortalama 47 yıl olduğunu bildirilmiştir (Ertüngealp, 2003). Birçok çalışmada Türkiye'deki kadınların 45-55 yaşlarında menopoza girdiği ve yapılan bu çalışmalarda kadınların 45-47 yaşları arasında yoğunluk olduğu sonucuna varılmıştır (Acar, 2014; Avcı, 2013; Bezircioğlu ve diğ., 2004; Erkin ve diğ., 2014; Ceylan, 2010; Çelik, 2013). Amerika Birleşik Devleti eyaletlerinde yapılan bir araştırma da, kadınların menopoz yaşı ortalaması 51,2 yıl (Blanck ve diğ., 2004), Estonya'da yapılan bir araştırma da menopoz yaşı ortalaması 49,8 yıl (Hovia ve diğerleri, 2005), Bolivya'da yapılan bir araştırma da menopoz yaşı ortalaması 42,3 yıl (Castelo-Branca ve diğerleri, 2005), Hindistan'da yapılan bir araştırma da menopoz yaşı ortalaması 46,7 yıl (Kriplani ve Kaberi, 2005), Çin'de yapılan bir araştırma da menopoz yaşı ortalaması 47,7 yıl (Nie ve diğ., 2017),

Nijerya’da yapılan bir çalışmada menopoz yaşı ortalaması 48,2 yıl (Aberi ve diğ., 2019), SWAN çalışmasında ortalama menopoz yaşı 51,4 yıl olarak belirtilmiştir (Gold, 2001), Kuzey Hindistan’da ise menopoz yaşı ortalaması 48,7 yıl olarak bulunmuştur (Kakkar ve diğ., 2007). Buna göre gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların menopoza girme yaşlarının birbirine yakın olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada kadınların %80,0’nin doğal yolla menopoza girdiği, %18,0’nin cerrahi yolla menopoza girdiği ve %2,0’sinin ilaçla menopoza girdiği saptanmıştır (Şekil 4.1). Avcı (2013)’in yaptığı çalışmada kadınların %86,7’sinin doğal yolla menopoza girdiği, Erbil (2018)’in yaptığı çalışmada kadınların %54,1’nin doğal yolla menopoza girdiği ve Bezircioglulu ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %91.8’inin menopoza girme şeklinin doğal yolla olduğu belirtilmiştir. İtalya ve İspanya’da yapılan bir araştırma da ise kadınların %86,1’nin doğal yolla menopoza girdiği sonucuna varılmıştır (Nappi ve diğ., 2019). Kuzey Kıbrıs’ta yapılan bir çalışmada kadınların %92,0’sinin doğal yolla menopoza girdiği sonucuna varılmıştır. Buna göre yaşanan ülke dolayısıyla çevresel faktörler, ekonomik durum, kültürel özellikler veya iklim menopoza girme şeklini etkileyebilir (Er, 2011).

Menopoz sırasında kadınların sağlığındaki, sosyal koşullarındaki veya aile koşullarındaki değişiklikler kadınların beslenme durumlarını etkileyebilir (O'Connor ve diğ., 2016). Sağlıksız beslenme ve hareketsiz yaşam bireylerde diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkları, kanser, vb. kronik hastalıkların artmasına neden olabilmektedir (WHO, 2003). Menopoz sonrası kadınlarda, menopoz öncesine kıyasla hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riski gibi kronik hastalıklarda artış gözlenebilmektedir (Polotsky ve Polotsky, 2010). Bu çalışmada menopoz döneminde olan kadınların %70,31’inde tanısı konmuş kronik bir hastalık bulunduğu, kronik hastalığı olanların %24,81’inde tip 2 diyabet, %17,04’ünde kardiyovasküler

hastalıklar, %14,07'sinde kemik-eklem hastalıkları, %13,33'ünde hipertansiyon ve %12,22'sinde tiroid hastalığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Tozlu (2019) çalışmasında menopoza dönemindeki kadınların %4,4'ünde diyabet, %12,4'ünde hipertansiyon, %3,5'inde tiroid hastalığı olduğunu belirtmiştir. Er (2011) çalışmasında menopoza dönemindeki kadınların %72,5'inin hipertansiyonu olduğu, %41,0'nin kolesterol yüksekliği, %31,2'sinin diyabeti, %26,8'inin kalp hastalığı, %22,7'sininde kas-iskelet sistemi hastalıkları olduğunu bildirmiştir. Sağnak (2015) çalışmasında menopoza dönemindeki kadınların %30,4'ü diyabeti, %43,5'i hipertansiyonu, %21,7'sinin kalp hastalığı olduğu sonucuna varmıştır.

Öğün sayısı, öğün atlama, öğünler arası süre uzunluğu, tek öğünde aşırı besin alımı, bireylerin açlık durumu, enerji ve besin ögesi alımı kişilerin beslenme alışkanlıklarını etkileyen etmenlerdir (Kulovitz ve diğ., 2014). Bu çalışmada kadınların %36,72'sinin iki öğün tükettiği ve %63,28'sinin günde üç öğün tükettiği görülmüştür. Ayrıca kadınların %92,71'inin öğün atladığı, öğün atlayanların %39,33'ünün genellikle sabah öğününü, %38,48'inin öğle ve %22,19'unun akşam öğününü atladığı sonucuna varılmıştır (Tablo 4.2). Sık aralıklarla beslenmek, gerektiğinden fazla yemek yemeyi önler, acıkmayı geciktirir ve bir sonraki öğünde fazla besin alımını azaltmaktadır (Bayrak, 2008). Menopoza döneminde sağlıklı beslenme ile yaşam şekillerinin benimsenmesi, kronik hastalıkların oluşumunu önleyebilir ve yaşam kalitesini de artırılabilir (Rakıcıoğlu, 2008).

Susuzluk hissi yaşla birlikte azalır ve çeşitli faktörler menopozal kadınlarda dehidratasyon riskini artırabilir. Artan yaşla beraber çoğu kadın idrar kaçırma ve sızıntı korkusu nedeniyle sıvı alımlarını kısıtlayabilmektedir (Abdulaziz, 2010). Bu çalışmada ise kadınların %20,83'ünün günde 1-1,9 L ve altında, %61,20'sinin 2-2,9 L arası ve %17,97'sinin 3 L ve üzeri su tükettiği sonucuna varılmıştır (Tablo 4.4).

Sağnak (2015) çalışmasında menopoz döneminde olan kadınların günlük tüketilen su miktarının ortalaması $1564 \pm 916,5$ ml olarak belirlemiştir. Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre vücutta sıvı dengesini koruyabilmek için insan vücudunun günlük su gereksinimi 1,5-2 L'dir (TÜBER, 2015). Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (European Food Safety Authority-EFSA) tarafından yeterli su tüketim düzeyi erkekler için 2,5 L/gün, kadınlar için 2,0 L/gün olarak bildirilmektedir (EFSA, 2011). Bu çalışmada kadınların %61,20'sinin günlük ortalama su tüketimleri TÜBER'e ve EFSA'ya göre önerilen düzeyleri karşılamaktadır.

Menopoz döneminde kafein tüketiminin arttığı kadınlarda osteoporoz riskini arttığı, KMY'yi azalttığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Hallström ve diğ., 2006; Liu ve diğ., 2011; Oka ve diğ., 2012; Chen ve diğ., 2013; Hallström ve diğ., 2013; Su ve diğ., 2013; Dai ve diğ., 2018; Huang ve diğ., 2018). Kafein tüketiminin fazla olması kalsiyumun idrarla atımına sebep olmaktadır. Bu da kadınlarda osteoporoz riskini arttırmaktadır (Üçtepe, 2019). Bu çalışmada kadınların çay ve kahve tüketimlerine bakıldığında %90,36'sının çay tükettiği ve tüketilen çayın %72,62'sinin siyah çay, %12,97'sinin yeşil çay olduğu görülmüştür. Ayrıca kadınların %96,88'inin kahve tükettiği ve kahve tüketen kadınların %91,41'i türk kahvesi tükettiği sonucuna varılmıştır (Tablo 4.4). Fakılı (2013) çalışmasında menopoz dönemindeki kadınların %87'si çay tüketirken, %66'sı ise kahve tüketmektedir. Çelikkanat (2012) araştırmasında menopoz dönemindeki kadınların %21,2'sinin kahve içtiği ve %95,5'inin çay içtiği sonucuna varılmıştır. Güney (2006) çalışmasında menopoz dönemindeki kadınların %37,3'ünün çay tükettiği ve %9,4'ünün kahve tükettiği sonucuna varmıştır. Sisti (2015) çalışmasında menopoz döneminde olan kadınların %49,9'unun kahve tükettiği ve %71,4'ünün ise çay tükettiği sonucuna varmıştır.

Kadınların menopoz sırasında ve sonrasında ağırlık artışı sık rastlanılan bir durumdur (Abdulaziz, 2010). Menopoz semptomları hormonal değişikliklerin yanı sıra aynı zamanda psikososyal faktörleri de etkileyebilmektedir. Menopozla birlikte ağırlık kazanımı arttıkça menopoz semptomları da artmaktadır (Davis ve diğ., 2012). Bu çalışmada kadınların vücut ağırlık ortalamalarının $74,26 \pm 13,09$ kg olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.5). Yani kadınların menopozla birlikte vücut ağırlıklarında artış olmuştur. Benzer şekilde Fakılı (2013) çalışmasında kadınların vücut ağırlık ortalamaları da $71,9 \pm 11,02$ kg olarak belirlenmiştir. Sağnak (2015) da çalışmasında kadınların menopoz öncesi ağırlık ortalaması $68,3 \pm 14,7$ kg, ağırlık ortalaması $77,4 \pm 15,2$ kg olarak bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların BKİ ortalaması $28,71 \pm 5,35$ kg/m^2 olup %34,90'ının kilolu ve %37,24'ünün obez olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5 ve Tablo 4.6). Fakılı (2013), Sağnak (2015) ve Alparslan (2018) çalışmalarında kadınların BKİ ortalamasını sırasıyla $28,6 \pm 4,16$ kg/m^2 , $30,8 \pm 5,2$ kg/m^2 , $26,75 \pm 1,6$ kg/m^2 'dir olarak saptamıştır. Benzer çalışmalarda Fakılı (2013) kadınların %47'sinin kilolu, %27'sinin obez, Sağnak (2015) kadınlardan %35,7'sinin kilolu, Bunsuz (2015) ise kadınların %31,6'sının kilolu %29,6'sinin obez olduğu sonucuna varmıştır. Bu çalışmada ayrıca kadınların bel çevresinin ortalama $98,59 \pm 11,70$ cm, kalça çevresinin ortalama $105,92 \pm 9,36$ cm, bel/kalça oranının ortalama $0,93 \pm 0,08$ ve bel/boy oranının ortalama $0,61 \pm 0,08$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Fakılı (2013) çalışmasında bel çevresi ortalama $87,3 \pm 7,61$ cm, kalça çevresi ortalama $106,0 \pm 7,88$ cm ve bel/kalça oranı $0,8 \pm 0,49$ olarak belirlenmiştir. Bir başka çalışmada ise 45-65 yaşları arasında dönemindeki 25 kadının bel çevresi ortalaması $87,3 \pm 7,5$ cm, kalça çevresi ortalaması $104,9 \pm 6,9$ cm ve bel/kalça oranı ortalaması $0,83 \pm 0,07$ olarak saptanmıştır (Lemay ve diğ., 2002). Sağnak (2015)'in çalışmasında ise bel ve kalça çevrelerinin ortalaması sırasıyla $105,7 \pm 11,4$ cm ve $118,9 \pm 12,0$ cm, bel/kalça oranı

ortalaması $0,88\pm 0,06$ cm olarak belirlenmiştir. Kadınların BKİ, bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranındaki artış risk durumundadır. Bu durum kadınlarda birçok kronik hastalık için zemin hazırlamaktadır. Östrojen düzeyindeki azalma, yaş artışı ve sedanter yaşam bu durumda tetikleyici olabilir.

Menopozal dönemde kadınların yaşam kalitesini etkileyen birçok yakınma ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar da menopoz dönemindeki kadınların benzer semptomlar gösterdikleri sonucuna varılmıştır. Bu semptomlar; vazomotor sorunlar (sıcak basması, terleme, ağrılar, ağırlık artışı), cinsel sorunlar (cinsel isteksizlik), psikolojik sorunlar (depresyon, anksiyete, gerginlik), fiziksel sorunlar (kas-eklem ağrısı) olarak gruplandırılabilir (Taşkiran, 2019). Bu çalışmada kadınların MSDÖ'den $19,31\pm 8,37$ puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bu sonuçlara benzer olarak MSDÖ puan ortalamasını Çoban ve ark. (2008) $18,0\pm 8,7$, Avcı (2013) $22,52\pm 9,83$, Sis (2010) $22,67\pm 8,06$ olarak belirlemiştir. Diğer çalışmalarda ise farklı olarak Sert (2009) $12,75\pm 5,76$, Özgür (2007) $15,32\pm 8,14$ ve Alpaslan (2018) $14,65\pm 7,62$ olarak belirlemiştir. Bu çalışmada ayrıca menopoza erken giren kadınların MSDÖ puanları normal zamanda giren kadınlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Bunun sebebi kadınların eğitim durumu arttıkça menopoz semptomlarındaki azalışla ilgili olabilir (Tablo 4.9).

Bu çalışmada menopoza cerrahi yöntemle giren kadınların MSDÖ puanları ilaçla ve doğal yolla menopoza giren kadınlardan daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Avcı (2013) çalışmasında ise MSDÖ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamaları, jinekolojik ameliyat geçirme ve menopoza girme şekli değişkenlerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca bu çalışmada kadınların MSDÖ puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi kalça çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo

4.12). Kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arttıkça MSDÖ puanlarının arttığı sonucuna varılmıştır. Alpaslan (2018) çalışmasında MSDÖ puan ortalamasının vücut ağırlığı ve BKİ değeri yüksek olan kadınların, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri normal aralıkta olan kadınlara göre yüksek olduğunu saptamıştır.

Bu çalışmada MÖYKÖ vazomotor alt grubunun puan ortalaması $5,75\pm 2,05$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.8). Avcı (2013), Sert (2009), Timur (2008), Williams ve ark. (2009), Gümüşay ve Erbil (2019), Abedzadeh Kalarhoudi (2011), Bouzari ve ark. (2013) ve Yiğit (2018) sırasıyla $6,09\pm 1,64$, $3,63\pm 0,79$, $4,19\pm 1,96$, $3,2\pm 2,2$, $3,40\pm 1,61$, $2,82\pm 1,64$, $3,33\pm 1,1$ ve $2,98\pm 0,91$ olarak bulmuştur. Bu çalışmada MÖYKÖ psikososyal alt grubunun puan ortalaması $3,94\pm 2,0$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.7). Avcı (2013), Sert (2009), Timur (2008), Williams ve ark. (2009) Gümüşay ve Erbil (2019), Abedzadeh Kalarhoudi (2011), Bouzari ve ark. (2013) ve Yiğit (2018) sırasıyla $5,22\pm 1,19$, $3,55\pm 0,91$, $3,74\pm 1,62$, $3,3\pm 1,8$, $3,34\pm 1,32$, $2,71\pm 1,2$, $3,84\pm 1,08$ ve $2,49\pm 0,72$ olarak bulmuştur. Bu çalışmada MÖYKÖ fiziksel alt grubun puan ortalaması $4,71\pm 1,62$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.7). Avcı (2013), Sert (2009), Timur (2008), Williams ve ark. (2009), Gümüşay ve Erbil (2019), Abedzadeh Kalarhoudi (2011), Bouzari ve ark. (2013) ve Yiğit (2018) sırasıyla $5,65\pm 0,82$, $4,03\pm 0,75$, $4,16\pm 1,23$, $3,5\pm 1,5$, $4,16\pm 1,06$, $2,46\pm 0,99$, $3,44\pm 0,49$, $3,10\pm 0,70$ olarak bulmuştur. Bu çalışmada MÖYKÖ seksüel alt grubun puan ortalaması ise $5,76\pm 2,23$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.8.). Avcı (2013), Sert (2009), Timur (2008), Williams ve ark. (2009), Gümüşay ve Erbil (2019), Abedzadeh Kalarhoudi (2011), Bouzari ve ark. (2013) ve Yiğit (2018) sırasıyla $5,60\pm 1,95$, $3,20\pm 0,92$, $3,87\pm 2,09$, $2,9\pm 2,1$, $3,43\pm 1,59$, $2,89\pm 1,73$, $3,98\pm 0,97$, $2,71\pm 0,96$ olarak bulmuştur. Bu çalışmada menopoza normal dönemde giren kadınların MÖYKÖ vazomotor ve psikososyal alt boyutlarından

aldıkları puanlar geç girenlere göre yüksek bulunurken fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlar erken girenlere göre yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Bu çalışmada menopoza cerrahi yöntemle giren kadınların psikososyal ve fiziksel alt boyutlarından aldıkları puanlar doğal yolla girenlere göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Avcı (2013) ve Yiğit (2018) ise kadınların jinekolojik ameliyat geçirme, ilaç kullanma, menopoza girme şekli değişkenlerinin MÖYKÖ tüm alt grupları puan ortalamaları arasında bir fark bulunmadığı sonucuna varmıştır. Bunun sebebinin kadınların eğitim durumu yüksek oldukça menopoza bağlı yaşam kalitelerinin artışıyla ilgili olduğu söylenebilir (Tablo 4.9).

Bu çalışmada kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arttıkça MÖYKÖ fiziksel ve seksüel alt puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Shobeiri ve ark. (2016), postmenopozal kadınlarda BKİ arttıkça MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt puanlarının arttığını belirlemiştir. Bir başka çalışmada BKİ ile MÖYKÖ fiziksel alt boyut puanı arasında anlamlı düşük düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır (Taşkiran, 2019). Cömert (2019) çalışmasında menopoz döneminde olan kadınların BKİ değerleri arttıkça kadınların hem yaşam kalitesi hemde cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği sonucuna varmıştır. Kutheerawong ve Vichinsartvichai (2016) çalışmasında ise BKİ değeri yüksek olan postmenopozal kadınların fiziksel ve seksüel yaşam kalitelerinin düştüğünü belirlemiştir. Beezhold ve diğ. (2018) ise menopoz döneminde olan kadınlarda BKİ değeri arttıkça fiziksel ve vazomotor yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. BKİ'deki artışa bağlı olarak somatik şikayetler (sıcak basması, terleme, kardiyak semptomlar, uyku sorunları, muskuloskeletal semptomlar, cinsel isteksizlik, vajinal kuruluk, cinsellikten kaçınma)'in artışının yaşam kalitesinin fiziksel ve seksüel alt boyutunu olumsuz

etkilediği söylenebilir. Menopoz döneminde olan kadınlar için cinsel sağlık önemli bir yaşam kalitesidir (Flynn ve diğ., 2016). Menopoz dönemindeki kadınların cinsel deneyimlerinin kalitesinin, beden imajı ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Pearce ve diğ., 2013; Jafary ve diğ., 2011). Menopoza karşı olumsuz tutumları (sıcak basması, gece terlemesi, eklem ve kas ağrıları, sırt ağrısı, uykusuzluk, kişisel yaşamdan memnuniyetsizlik gibi) olan kadınların, menopoz döneminde meydana gelen fiziksel değişimleri, ağırlık artışı ve vücut algısındaki değişim, cinsel istek azalması gibi durumlar kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (McKinley ve Lyon, 2008).

Bu çalışmada kadınların YTT-40 puan ortalaması $20,80 \pm 13,18$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.8). Yeme davranışı bozukluğu riski yüksek olan kadınların MYK seksüel alt boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.13). Buna göre yeme davranış bozukluğu riski yüksek olanların menopoza bağlı seksüel Őikayetleri daha fazladır. Ayrıca kadınların YTT-40 puanları arttıkça vücut ağırlığı ve BKİ değerleri azalmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4.11). Buna göre yeme davranış bozukluğu riski arttıkça obeziteye eğilim azalmaktadır. Slevic ve Tiggemann (2011) alışmasında yüksek BKİ'nin daha fazla vücut memnuniyetsizliği ile ilişkili olduğu sonucuna varmıştır.

Bu çalışmada kadınların beden algısı leğinden ortalama $146,87 \pm 27,88$ puan aldıkları sonucuna varılmıştır (Tablo 4.8). Ayrıca kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arttıkça beden algısı leği puanlarının azaldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.12). Buna göre menopoz döneminde antropometik ölçüm değerleri ve başka bir deyişle obezite eğilimi arttıkça beden memnuniyetsizliği artmaktadır. Bir çalışmada menopoz ve perimenopoz dönemindeki kadınlar hormon seviyelerindeki değişikliğe bağlı olarak vücut ağırlığı

ve yağ oranındaki artışın beden memnuniyetsizliğine neden olabileceği belirtilmektedir (Slevec ve Tiggemann, 2011). Deeks ve McCabe (2001) perimenopozal kadınların, postmenopozal kadınlara göre daha ideal görünüme sahip oldukları belirtmiştir. Kadınlar menopoz dönemi için kendilerini hazırlıklı hissetmeyip menopoz semptomlarıyla mücadele etmek için ağırlık kaybı ve ağırlık koruma stratejileri içeren yapılandırılmış bir yaşam tarzı programına ilgi duyduklarını belirtmişlerdir (Marlatt ve diğ., 2018).

Bu çalışmada kadınların MSDÖ puanları ile Beden Algısı Ölçeği puanları arasında ise negatif yönlü ve orta kuvvetli ($r=-0,329$; $p<0,001$) korelasyonlar saptanmıştır (Tablo 4.14). Buna göre kadınların beden memnuniyeti arttıkça menopoz semptomlarından yakınmalar azalıp yaşam kaliteleri artmaktadır. Yıldırım (2019) çalışmasında postmenopozal dönemde olan menopoz semptomlarını yoğun yaşayan kadınların beden algısı puanlarının daha düşük olduğunu saptanmıştır. Erbil (2018) ise menopoza karşı olumlu tutumları olan kadınların daha olumlu bir beden algısına sahip olduğu ve daha düşük depresif belirtiler yaşadığı sonucuna varmıştır. Brezilya’da yapılan bir çalışmada menopoz döneminde beden imajından memnun olmayan kadınların memnun olanlara kıyasla daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Medeiros de Moraes ve diğ., 2017). Başka bir çalışmada ise perimenopoz döneminde obezite fiziksel semptomlarla önemli ölçüde ilişkili iken, postmenopozda obezite vazomotor semptomlarla önemli ölçüde ilişkili olduğu ve bu durumun kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (Koo ve diğ., 2017).

Kadınların Beden Algısı Ölçeği puanları ile YTT-40 puanları arasında pozitif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($r=0,101$; $p<0,049$) (Tablo 4.14). Buna göre kadınların beden memnuniyeti arttıkça yeme davranış bozukluğu

riski artmaktadır. Bir çalışmada menoz öncesi veya menoz sonrası dönemdeki kadınlara kıyasla perimenoz döneminin daha yüksek beslenme kısıtlaması ile ilişkili olduğunu, menoz öncesi ve perimenoz dönemindeki kadınların menoz sonrası dönemdeki kadınlara göre beden memnuniyetinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Buna göre perimenoz döneminde beden memnuniyeti daha iyi iken yeme davranış bozukluğu riskinin daha yüksektir (Thompson ve Bardone-Cone, 2019). Bu dönemde yumurtalık hormonlarındaki değişiklik yeme davranış bozukluğu ve beden memnuniyetsizliği ile ilişkilendirilmektedir (Baker ve Runfola, 2016; Baker ve diğ., 2019).

Bölüm 6

SONUÇ

1. Kadınların %70,31'inde tanısı konmuş kronik bir hastalık bulunduğu saptanmış ve %24,81 diyabet ve %17,04 kalp-damar hastalığı olduğu belirlenmiştir.
2. Kadınların %80,0'inin doğal yolla menopoza girdiği sonucuna varılmıştır.
3. Erken menopoza giren ve cerrahi yolla menopoza giren kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı sonucuna varılmıştır.
4. Kadınların BKİ ortalamasının $28,71 \pm 5,35$ kg/m² olduğu, %34,90'ının kilolu ve %37,24'ünün obez olduğu sonucuna varılmıştır.
5. Doğal yolla menopoza giren kadınların vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt boyutlarında yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır.
6. Cerrahi yöntemle menopoza giren kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
7. Eğitim durumu yüksek olan kadınların menopoz semptomlarını daha hafif geçirdiği ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca üniversite mezunu olan kadınların yeme davranışı bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
8. Kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy arttıkça menopoz semptomlarını daha yoğun yaşadığı, fiziksel ve seksüel yaşam kalitelerinin olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır.
9. Kadınların vücut ağırlığı ile BKİ değerleri azaldıkça yeme davranış bozukluğu riskinin arttığı sonucuna varılmıştır.

10. Kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy artışının beden memnuniyetsizliğindeki artışla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.
11. Yeme davranış bozukluğu riskinin kadınların menopoz semptomlarını etkilemediği sonucuna varılmıştır.
12. Kadınların beden memnuniyeti arttıkça menopoz semptomlarından yakınmalar azalıp yaşam kaliteleri artmaktadır.

Bölüm 7

ÖNERİLER

1. Bu çalışma sonuçlarına göre menopoz dönemindeki kadınların çoğunluğu kilolu ve obez olup bu kadınların menopoz semptomları ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Obeziteye eğilim arttıkça beden memnuniyetsizliği artmakta olup menopoz semptomlarından yakınmalar da artmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır. Buna göre kadınlara premenopoz döneminde beslenme eğitimleri ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik eğitimler verilmesi obezite eğiliminin azalmasında etkili olabilir.
2. Zaman sınırlılığından dolayı MSDÖ'nün alt boyutları için geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılamamıştır. Gelecekteki çalışmalarda MSDÖ alt boyutlarının incelenmesi önerilmektedir.
3. Bu çalışmada besin tüketim kaydı alınmamış olup gelecekteki çalışmalarda besin tüketim kaydı alınarak besin tüketim durumu ve besin ögesi alımı ile menopoz semptomları ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmesi yararlı olabilir.
4. Çok merkezli geniş örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalar planlanması menopoz döneminde yeme davranış bozukluğu ile menopoz semptomları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde daha güçlü kanıtlar sunabilir ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik halk sağlığı politikaları geliştirilmesine yol göstermesi bakımından yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

- Abay, H. (2014). *Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Doktora Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Abdulaziz, H. F. (2010). Nutrition for menopause and beyond. *Asia Pac J Clin Nutr*, 15(3), 108-107.
- Abedzadeh Kalarhoudi, M. T. (2011). Assessment of Quality of Life in Menopausal Periods: A Population Study in Kashan, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(11), 811–817.
- Aberi, O. I., Okebunor, O. L., Moradeyo, A. K., Ademola, A. B., & Utian, W. H. (2019). Adaptation and translation of the menopause-specific Utian Quality of Life (UQOL) scale to Yoruba language using middle-aged women attending a clinic in Nigeria. *Menopause*, 26(3), 311-316.
- Acar, N. (2014). *49 Yaş Üzeri Postmenopozal Kadınların Yaşam Kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akdemir, N., Bilir, C., Cinemre, H., Pekuz, M., & Gökosmanoğlu, F. (2010). Relationship of bone densitometry and bone resorption markers with menopausal type and duration. *Archives of Rheumatology*, 25(1), 029-033.
- Alpaslan, M. (2018). *Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Anderson, D. and Posner, N. (2002). Relationship between psychosocial factors and health behaviours for women experiencing menopause. *International Journal of Nursing Practice*, 8(5), 265-273.
- Ashwell, M., & Gibson, S. (2014). A proposal for a primary screening tool: Keep your waist circumference to less than half your height'. *BMC medicine*, 12(1), 207.
- Ashwell, M., Gunn, P., & Gibson, S. (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 13(3), 275-286.
- Avcı, S. (2013). *Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının yaşam kalitesine etkisi*. Doktora tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baker, J. H., & Runfola, C. D. (2016). Eating disorders in midlife women: A perimenopausal eating disorder? *Maturitas*, 85, 112–116.
- Baker, J. H., Eisenlohr-Moul, T., Wu, Y.-K., Schiller, C. E., Bulik, C. M., & Girdler, S. S. (2019). Ovarian Hormones Influence Eating Disorder Symptom Variability During the Menopause Transition: A Pilot Study. *Eating Behaviors*, 35, 101337.
- Bayrak, E.M. (2008). *Şişmanlığın Klinik Yönetimi, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*. İstanbul: Express Baskı.

- Bayraktar, R. ve Uçanok, Z. (2002). Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 5(5).
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, T., Bozkurt, N., Keçecioglu, S., Mercanlıgil, S., Merdol, T., Pekcan, G., Yıldız, E. (2013). Diyet El Kitabı. 7. Baskı, Ankara, *Hatiboğlu Yayınları*, 67-121.
- Bea, J.W., Going, S.B., Wertheim, B.C., Bassford, T.L., LaCroix, A.Z., Wright, N.C., Nicholas, J.S., Heymsfield, S.B., Chen, Z. (2018). Body composition and physical function in the Women's Health Initiative Observational Study. *Preventive Medicine Reports*, 11, 15–22.
- Beezhold, B., Radnitz, C., McGrath, R. E., & Feldman, A. (2018). Vegans report less bothersome vasomotor and physical menopausal symptoms than omnivores. *Maturitas*, 112, 12–17.
- Bener, A. and Saleh, N.M. (2015). Low Vitamin D, and bone mineral density with depressive symptoms burden in menopausal and postmenopausal women. *Journal of mid-life health*, 6(3), 108.
- Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öviz, A., Kındıroğlu, N. (2004). Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3),199-207.
- Bischoff-Ferrari, H.A., Willett, W.C., Orav, E.J., Lips, P., Meunier, P.J., Lyons, R.A., Flicker, L., Wark, J., Cauley, J.A., Pfeifer, M. and Meyer, H.E. (2012). A

pooled analysis of vitamin D dose requirements for fracture prevention. *New England Journal of Medicine*, 367(1), 40-49.

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.

Bloch, A. (2002). Self-awareness during the menopause. *Maturitas*, 41(1), 61-68.

Blouin, K., Boivin, A.T. Khernof, A. (2008). Androgens and body fat distribution. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 108(3-5), 272-280.

Bohr, A D., Laurson, K., and McQueen, M.B. (2016). A novel cutoff for the waist-toheight ratio predicting metabolic syndrome in young American adults. *BMC Public Health*, 16(1), 295.

Bouzari, Z., Javadian, M., Darzi, A.A., ve Hajian, K. (2013). Menopausal Symptoms Can Be Influenced by Various Sociodemographic Factors and Quality of Life (QoL) Decreases after the Menopause. *World Applied Sciences Journal*, 23(9), 1221-1230.

Bozkurt, Ö. (2004). *Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

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.

Bunsuz, İ. (2015). *Kadınların Duygu Durumu, Menstruel Döngü ve Menopoz Dönemlerinde Yeme Eğilimlerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Castelo-Branco, Palacios, S. Mostajo, D., Tobar, C, von Helde, S. (2005). Menopausal Transition İn Movima Women, a Bolivian Native-American. *Maturitas*, 51(4), 380-385.

Ceylan, B. (2010). *Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40- 59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Chen, B., Li, G.F., Shen, Y., Huang, X.I. & Xu, Y.J. (2015). Reducing iron accumulation: A potential approach for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Experimental and therapeutic medicine*, 10(1), 7-11.

Chen, C.H., Kang, L., Lin, R.W., Fu, Y.C., Lin, Y.S., Chang, J.K., Chen, H.T., Lin S.Y., Wang, G.J., Ho, M.L. (2013). (-)-Epigallocatechin-3- gallate improves bone microarchitecture in ovariectomized rats. *Menopause*, 20(6), 687-694.

- Cheng, Q., Zhang, X., Jiang, J., Zhao, G., Wang, Y., Xu, Y., Xu, X., Ma, H. (2017). Postmenopausal Iron Overload Exacerbated Bone Loss by Promoting the Degradation of Type I Collagen. *BioMed Research International*, 2017, 1–9.
- Choi, J.I., Han, K., Lee, D.W., Kim, M.J., Shin, Y.J. & Lee, H.N. (2017). Relationship between alcohol consumption and age at menopause: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(4), 482–486.
- Clarke, L.H. (2002). Older women's perceptions of ideal body weights: the tensions between health and appearance motivations for weight loss. *Ageing & Society*, 22(6), 751-773.
- Conboy, L., Domar, A. & O'connell, E. (2001). Women at mid-life: symptoms, attitudes, and choices, an internet based survey. *Maturitas*, 38(2), 129-136.
- Cömert, N. B. (2019). *Cerrahi Menopoza Giren Hastalarla Doğal Menopoza Giren Hastalar Arasında Cinsel Fonksiyonların ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Çelik, A. (2013). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Sıcak Basmasına İlişkin İnançlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Çelikkanat, Ş. (2012). *40 Yaş Üstü Bireylerin Menopoz ve Osteoporoz İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı.

Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., & İnceboz, Ü. (2008), Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(6), 343-349.

Dai, Z., Jin, A., Soh, A., Ang, L., Yuan, J., Koh, W. (2018). Coffee and tea drinking in relation to risk of hip fracture in the Singapore Chinese Health Study. *Bone*, 112, 51-57.

Davis, S.R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M.A., Nappi, R.E., Shah, D., Villaseca, P. & Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day 2012, (2012). Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*, 15(5), 419-429.

Davis, S.R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G.D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N., Simoncini, T. (2015). Authors' reply: Communicating evidence-based practice in menopause. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15031.

Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2001). Menopausal stage and age and perceptions of body image. *Psychology and Health*, 16(3), 367-379.

Demakakos, P., Pashayan, N., Chrousos G., Demakakou, E.L., Mishrae, G.D. (2019). Childhood experiences of parenting and age at menarche, age at menopause and duration of reproductive lifespan: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing, Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Maturitas*, 122, 66-72.

Demirgöz Bal, M. (2011). *Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dennehy, C., & Tsourounis, C. (2010). A review of select vitamins and minerals used by postmenopausal women. *Maturitas*, 66(4), 370-380.

Dorjgochoo, T., Kallianpur, A., Gao, Y.T., Cai, H., Yang, G., Li, H., Zheng, W., Shu, X.O. (2008). Dietary and lifestyle predictors of age at natural menopause and reproductive span in the Shanghai Women's Health Study. *Menopause* (New York, NY), 15(5), 924.

Dormire, S., & Howharn, C. (2007). The effect of dietary intake on hot flashes in menopausal women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(3), 255-262.

EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA), (2011). Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to glucosamine and maintenance of joints pursuant to Article 13 (5) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal*, 9(12), 2476.

- El Khoudary, S.R., Shields, K.J., Janssen, I., Hanley, C., Budoff, M.J., Barinas-Mitchell, E., Rose, S.A.E., Powell, L.H., Matthews, K.A. (2015). Cardiovascular Fat, Menopause, and Sex Hormones in Women: The SWAN Cardiovascular Fat Ancillary Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(9), 3304–3312.
- Er, A. (2011). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Merkezde Yaşayan Menopoz Girmiş Kadınların Menopoz Dönemine Yönelik Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları*. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, K.K.T.C.
- Erbil, N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 241–246.
- Erkin, Ö., Ardahan, M., & Aslı, K.E.R.T. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113.
- Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469-483.
- Ertüngealp, E. (2003). Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği & Türk Jinekoloji Derneği “Hormon Replasman Tedavisi” Konsensus Grubu Kararları. *J. Turkish German Gynecol Assoc*, 4, 7-8.

- Evlice, Y.E., Tamam, L., Karataş, G. (2002). Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 108-112.
- Fakılı, F.E. (2013). Menepoza girmiş kadınların beslenme durumları ile fiziksel aktivite ve beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Fidaner, H., Eser, E., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2), 23-40.
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A., Weinfurt, K. P. (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642–1650.
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., Boorman, D.W., & Zhang, R. (2014). Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA psychiatry*, 71(1), 36-43.
- Freeman, M. P., Hibbeln, J. R., Silver, M., Hirschberg, A. M., Wang, B., Yule, A. M., Pettilo, L.F., Pascuillo, E., Economou, N.I., Joffe, H., Cohen, L.S. (2011). Omega-3 fatty acids for major depressive disorder associated with the menopausal transition. *Menopause*, 18(3), 279–284.

- Gambacciani, M., Ciaponi, M., Cappagli, B., Monteleone, P., Benussi, C., Bevilacqua, G. & Genazzani, A. R. (2003). Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. *Maturitas*, 44(2), 157-163.
- Gaweesh, S., & Ewies, A. A. A. (2010). Folic acid supplementation cures hot flushes in postmenopausal women. *Medical Hypotheses*, 74(2), 286–288.
- Godala, M., Materek-Kuśmierkiewicz, I., Moczulski, D., Gaszyńska, E., Szatko, F., Tokarski, S. & Kowalski, J. (2014). Assessment of 25 (OH) D vitamin concentration in plasma of residents of Lodz with metabolic syndrome in pre- and postmenopausal period. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*, 13(5), 293.
- Gold, E. B. (2001). Factors Associated with Age at Natural Menopause in a Multiethnic Sample of Midlife Women. *American Journal of Epidemiology*, 153(9), 865–874.
- Goldstein, I., Dicks, B., Kim, N. N. & Hartzell, R. (2013). Multidisciplinary Overview of Vaginal Atrophy and Associated Genitourinary Symptoms in Postmenopausal Women. *Sexual Medicine*, 1(2), 44–53.
- Görgel, E. B. & Çakıroğlu, F. P. (2007). Menopoz döneminde kadın. *Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi*.

Güldiken, B., Kılıç, T. O., Güldiken, S., & Turgut, N. (2009). Erken Menopoz Döneminde Olay İlişkili Potansiyeller. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 4(2), 47-51.

Gümüşay, M., & Erbil, N. (2019). Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Menopoz Tutumunun Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 96-109.

Güney, N. (2006). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti. *Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*

Gürkan, Ö. C. (2005). Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3, 30-5.

Hallström, H., Byberg, L., Glynn, A., Lemming, E. W., Wolk, A., & Michaëlsson, K. (2013). Long-term coffee consumption in relation to fracture risk and bone mineral density in women. *American journal of epidemiology*, 178(6), 898-909.

Hallström, H., Wolk, A., Glynn, A., & Michaëlsson, K. (2006). Coffee, tea and caffeine consumption in relation to osteoporotic fracture risk in a cohort of Swedish women. *Osteoporosis international*, 17(7), 1055-1064.

- Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Williams, G. M., Sina, M., & Najman, J. M. (2012). Cigarette smoking and age of menopause: A large prospective study. *Maturitas*, 72(4), 346–352.
- Hayes, L. D., Grace, F. M., Sculthorpe, N., Herbert, P., Ratcliffe, J. W., Kilduff, L. P., & Baker, J. S. (2013). The effects of a formal exercise training programme on salivary hormone concentrations and body composition in previously sedentary aging men. *Springerplus*, 2(1), 18.
- Hickey, M. Bryant, C. Judd, F. (2012). Evaluation and management of depressive and anxiety symptoms. *Climacteric*, 15(1), 3-9.
- Hovardaoğlu, S. (1993). Vücut Algısı Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 1(1), 26.
- Hovia, S.L., Veerusb, P., Karrod, H., Topoa, P., Hemminkia, E. (2005). Women's Views of the Climacteric at the Time of Low Menopausal Hormone Use, Estonia 1998. *Maturitas*, 51(4), 413-425.
- Huang, H., Han, G.Y., Jing, L.P., Chen, Z.Y., Chen, Y.M., Xiao, S.M. (2018). Tea consumption is associated with increased bone strength in middle-aged and elderly Chinese women. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(2), 216-221.
- Hulbert, M., Turner, M. E., Hopman, W. M., Anastassiades, T., Adams, M. A., & Holden, R. M. (2019). Changes in vascular calcification and bone mineral

density in calcium supplement users from the Canadian Multi-center Osteoporosis Study (CaMOS). *Atherosclerosis*, 296, 83-90.

İslamoğlu, A. H., Garipağaoğlu, M., İlktaç, H. Y., & Güneş, F. E. (2019), Postmenopozal Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(1), 20-26.

Jafary, F., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., & Delavar, A. (2011). Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging & Mental Health*, 15(5), 630–637.

Jafary, F., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., & Delavar, A. (2011). Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging & mental health*, 15(5), 630-637.

Janssen, I., Powell, L. H., Kazlauskaitė, R., & Dugan, S. A. (2009). Testosterone and Visceral Fat in Midlife Women: The Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN) Fat Patterning Study. *Obesity*, 18(3), 604–610.

Karvonen-Gutierrez, C., & Kim, C. (2016). Association of Mid-Life Changes in Body Size, Body Composition and Obesity Status with the Menopausal Transition. *Healthcare*, 4(3), 42.

Khan, A., Fortier, M., Fortier, M., Reid, R., Abramson, B. L., Blake, J., Desindes, D., Dodin, S., Graves, L., Guthrie, B., Johnston, S., Rowe, T., Sodhi, N., Wilks,

- P., Wolfman, W. (2014). Osteoporosis in Menopause. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(9), 839–840.
- Khan, K. M., & Jialal, I. (2019). Folic acid (folate) deficiency. *In StatPearls [Internet]*, StatPearls Publishing.
- Kim, J. H., & Moon, H. S. (2006). Health perception, body image, sexual function and depression in menopausal women according to menopausal stages. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(3), 449-456.
- Kim, S. Y. (2014). Coffee consumption and risk of osteoporosis. *Korean journal of family medicine*, 35(1), 1-1.
- Kinney, A., Kline, J., & Levin, B. (2006). Alcohol, caffeine and smoking in relation to age at menopause. *Maturitas*, 54(1), 27–38.
- Kişnişçi, H., Göksin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T., & Önderoğlu, L. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Koch, P. B., Mansfield, P. K., Thureau, D. and Carey, M. (2005). “Feeling frumpy”: The relationships between body image and sexual response changes in midlife women. *The Journal of Sex Research*, 42(3), 215-223.

- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N. ve Memiş, A. (1999). Kısa form-36 (KF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- Koo, S., Ahn, Y., Lim, J. Y., Cho, J., & Park, H. Y. (2017). Obesity associates with vasomotor symptoms in postmenopause but with physical symptoms in perimenopause: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 17(1), 126.
- Kriplani, A., Kaberi, B. (2005). An Overview Of Age Of Onset Of Menopause İn Nothern India. *Maturitas*, 52(3-4), 199-204.
- Kulovitz, M.G., Kravitz, L.R., Mermier, C., Gibson, A.L., Conn, C.A., Kolkmeier, D. ve diğerleri. (2014). Potential role of meal frequency as a strategy for weight loss and health in overweight or obese adults. *Nutrition*, 30 (4), 386- 392.
- Kutheerawong, L., & Vichinsartvichai, P. (2016). The influence of body fat distribution patterns and body mass index on MENQOL in women living in an urban area. *Climacteric*, 19(1), 66-70.
- Lee, J. E., Lee, S. R., & Song, H. K. (2016). Muscle mass is a strong correlation factor of total hip BMD among Korean premenopausal women. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 2(2), 99–102.
- Lemay, A., Dodin, S., Kadri, N., Jacques, H., & Forest, J. C. (2002). Flaxseed dietary supplement versus hormone replacement therapy in hypercholesterolemic menopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 100(3), 495-504.

- Lerchbaum, E. (2014). Vitamin D and menopause—A narrative review. *Maturitas*, 79(1), 3-7.
- Lewis, D. M., & Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating disorders*, 9(1), 29-39.
- Liu, S. H., Chen, C., Yang, R. S., Yen, Y. P., Yang, Y. T., & Tsai, C. (2011). Caffeine enhances osteoclast differentiation from bone marrow hematopoietic cells and reduces bone mineral density in growing rats. *Journal of orthopaedic research*, 29(6), 954-960.
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., & Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71(2), 120-130.
- Lovejoy, J. C., Champagne, C. M., de Jonge, L., Xie, H., & Smith, S. R. (2008). Increased visceral fat and decreased energy expenditure during the menopausal transition. *International Journal of Obesity*, 32(6), 949–958.
- Lucas, M., Asselin, G., Mérette, C., Poulin, M. J., & Dodin, S. (2009). Effects of ethyl-eicosapentaenoic acid omega-3 fatty acid supplementation on hot flashes and quality of life among middle-aged women: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Menopause*, 16(2), 357-366.
- Mahan, L. K. & Escott-Stump, S. (2008). *Krause's food & nutrition therapy*: Saunders Elsevier.

- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausman, A., Assmyr, K., Mariacher, E., Kemmler, G., Whitworth, A. B. ve Biebl, W. (2006). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction. A community study of elderly women. *International of Eating Disorders*, 39(7), 583-586.
- Marlatt, K. L., Beyl, R. A., & Redman, L. M. (2018). A qualitative assessment of health behaviors and experiences during menopause: A cross-sectional, observational study. *Maturitas*, 116, 36-42.
- McKinley, N. M. (2006a). Longitudinal gender differences in objectified body consciousness and weight-related attitudes and behaviors: Cultural and developmental contexts in the transition from college. *Sex Roles*, 54(3-4), 159-173.
- McKinley, N.M. (2006b). The developmental and cultural contexts of objectified body consciousness: A longitudinal analysis of two cohorts women. *Developmental Psychology*, 42(4), 679-687.
- McKinley, N. M., & Lyon, L. A. (2008). Menopausal attitudes, objectified body consciousness, aging anxiety, and body esteem: European American women's body experiences in midlife. *Body Image*, 5(4), 375–380.
- McLaren, L. and Kuh, D. (2004). Body dissatisfaction in midlife women. *Journal of Women and Aging*, 16(1-2), 35-54.

- McLaren, L., Hardy, R., & Kuh, D. (2003). Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: A prospective study. *Health psychology, 22*(4), 370.
- Medeiros de Moraes, M. S., Andrade do Nascimento, R., Vieira, M. C. A., Moreira, M. A., Câmara, S. M. A. da, Campos Cavalcanti Maciel, Á., & Almeida, M. das G. (2017). Does body image perception relate to quality of life in middle-aged women? *PLOS ONE, 12*(9), e0184031.
- 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.
- Milic, J., Glisic, M., Voortman, T., Borba, L.P., Asllanaj, E., Rojas, L. Z., Troup, J., Jong, J. C. K., Beeck, E., Muka, T., Franco, O. H. (2018). Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas, 111*, 100–109.
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology, 14*(4), 199–215.
- Nakamura, K., Oyama, M., Saito, T., Oshiki, R., Kobayashi, R., Nishiwaki, T., Nashimoto, T., Tsuchiya, Y. (2012). Nutritional and biochemical parameters associated with 6-year change in bone mineral density in community-dwelling Japanese women aged 69 years and older: The Muramatsu Study. *Nutrition, 28*(4), 357-361.

- National Institutes of Health. (1994). Optimal calcium intake. *NIH Consensus Statement*, 12, 1-31.
- Nie, G., Yang, H., Liu, J., Zhao, C., & Wang, X. (2017). Psychometric properties of the Chinese version of the Menopause-Specific Quality-of-Life questionnaire. *Menopause*, 24(5), 546–554.
- O'Connor, D. L., Blake, J., Bell, R., Bowen, A., Callum, J., Fenton, S., Donald, K.G., Rossiter, M., Adamo, K., Brett, K., Khatri, N., Robinson, N., Tumback, L., Cheung, A. (2016). Canadian consensus on female nutrition: adolescence, reproduction, menopause, and beyond. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(6), 508-554.
- Oka, Y., Iwai, S., Amano, H., Irie, Y., Yatomi, K., Ryu, K., Yamada, S., Inagaki, K., Oguchi, K. (2012). Tea Polyphenols Inhibit Rat Osteoclast Formation and Differentiation. *Journal of Pharmacological Sciences*, 118(1), 55–64.
- Özerdoğan, N., Kızılkaya, N. B., (2003). Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, 13:51, 37-50.
- Özgür, N. (2007). *Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Park, H. M., Heo, J., & Park, Y. (2011). Calcium from plant sources is beneficial to lowering the risk of osteoporosis in postmenopausal Korean women. *Nutrition Research*, 31(1), 27–32.
- Pearce, G., Thøgersen-Ntoumani, C., & Duda, J. (2013). Body image during the menopausal transition: a systematic scoping review. *Health Psychology Review*, 8(4), 473–489.
- Pekcan, G. (2008). Beslenme durumunun saptanması. *Diyet el Kitabı*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Peters, B. S. E., & Martini, L. A. (2010). Nutritional aspects of the prevention and treatment of osteoporosis. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 54(2), 179-185.
- Polotsky, H., & Polotsky, A. (2010). Metabolic Implications of Menopause. *Seminars in Reproductive Medicine*, 28(05), 426–434.
- Purdue-Smithe, A. C., Whitcomb, B. W., Szegda, K. L., Boutot, M. E., Manson, J. E., Hankinson, S. E., Rosner, B. A., Troy, L. M., Michels, K. B., & Bertone-Johnson, E. R. (2017). Vitamin D and calcium intake and risk of early menopause. 2. *The American journal of clinical nutrition*, 105(6), 1493-1501.
- Rakıcıoğlu, N. (2008). Menopozda Beslenme. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

- Ravnikar, V. A. (1993). Diet, exercise, and lifestyle in preparation for menopause. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 20(2), 365-378.
- Rizzoli, R., Bischoff-Ferrari, H., Dawson-Hughes, B., & Weaver, C. (2014). Nutrition and Bone Health in Women after the Menopause. *Women's Health*, 10(6), 599–608.
- Rodriguez, M., & Shoupe, D. (2015). Surgical Menopause. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 531–542.
- Sağlık Bakanlığı, (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. *Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık*
- Sağnak, B. (2015). Malatya'da özel bir kliniğe başvuran menopoza girmiş bireylerin genel beslenme durumlarının belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- Santoro, N. (2016). Perimenopause: from research to practice. *Journal of women's health*, 25(4), 332-339.
- Santoso, S. (2017). Menguasai statistik dengan SPSS 24. *Elex Media Komputindo.*
- Sato, Y., Honda, Y., Iwamoto, J., Kanoko, T., & Satoh, K. (2005). Effect of folate and mecobalamin on hip fractures in patients with stroke: a randomized controlled trial. *Jama*, 293(9), 1082.

- Savaşır, I. and Erol N. (1989). Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 19-25.
- Savva, S. C., Lamnisos, D., & Kafatos, A. G. (2013). Predicting cardiometabolic risk: waist-to-height ratio or BMI. A meta-analysis. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 6, 403.
- Schneider, H. P. G., MacLennan, A. H., & Feeny, D. (2008). Assessment of health-related quality of life in menopause and aging. *Climacteric*, 11(2), 93-107.
- Sert, G. (2009). Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Dğerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- Shi, H., Seeley, R. J., & Clegg, D. J. (2009). Sexual differences in the control of energy homeostasis. *Frontiers in neuroendocrinology*, 30(3), 396-404.
- Shobeiri, F. J. (2016). Quality of Life in Menopausal Women in Iran: A Population-based study. *Journal of Menopausal Medicine*, 22(1), 31-38.
- Sis A. (2010). Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.*
- Sisti, J. S., Hankinson, S. E., Caporaso, N. E., Gu, F., Tamimi, R. M., Rosner, B., Xu, X., Ziegler, R., Eliassen, A. H. (2015). Caffeine, coffee, and tea intake and

urinary estrogens and estrogen metabolites in premenopausal women. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 24(8), 1174-1183.

Slevec, J. H., & Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 515–524.

Song, H. R., & Park, C. H. (2013). Low serum vitamin D level is associated with high risk of metabolic syndrome in post-menopausal women. *Journal of endocrinological investigation*, 36(10), 791-796.

Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW) Park City, Utah, July, 2001. *Menopause*, 8(6), 402-407.

Sternfeld, B. (2004). Physical Activity and Changes in Weight and Waist Circumference in Midlife Women: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Epidemiology*, 160(9), 912–922.

Su, S. J., Chang, K. L., Su, S. H., Yeh, Y. T., Shyu, H. W., & Chen, K. M. (2013). Caffeine regulates osteogenic differentiation and mineralization of primary adipose-derived stem cells and a bone marrow stromal cell line. *International journal of food sciences and nutrition*, 64(4), 429-436.

- Sun, L., Tan, L., Yang, F., Luo, Y., Li, X., Deng, H. W., Dvornyk, V. (2012). Meta-analysis suggests that smoking is associated with an increased risk of early natural menopause. *Menopause*, 19(2), 126-132.
- Süt, H. K., Küçükaya, B. (2018). Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel Yaşam Kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1),51-68.
- Şahin, N. H. (1998). Bir Kilometre Taşı: Menopoz. *İstanbul: Çevik Matbaacılık*.
- Şahin, N. H., Kharbouch, S. B., & Şahin, N. H. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 82-90.
- 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, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
- Takahashi, T. A., & Johnson, K. M. (2015). Menopause. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 521–534.
- Tan, M. N., Kartal, M., Guldal, D. (2014). The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care. *BMC Womens Health*, 14 ,14-38.

Taşkıran, G. (2019). Menopozal Semptom Şiddeti Ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*

Tchernof, A., Desmeules, A., Richard, C., Laberge, P., Daris, M., Mailloux, J., Rhéaume, C., Dupont, P. (2004). Ovarian Hormone Status and Abdominal Visceral Adipose Tissue Metabolism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(7), 3425–3430.

The WHOQOL Group (1996). What quality of life? The WHOQOL Group, World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum* 17:354–356.

Thomas, B. (2004). *Manual of Dietetic Practic. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science.*

Thompson, K. A., & Bardone-Cone, A. M. (2019). Evaluating attitudes about aging and body comparison as moderators of the relationship between menopausal status and disordered eating and body image concerns among middle-aged women. *Maturitas*, 124, 25-31.

Tiggemann, M. ve Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectifi cation. *Developmental Psychology*, 37(2), 243-253.

- Timur, S. (2008). *Menopozal Dönemlerdeki Kadınların Uyku Sorunları, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tokuç, B., Kaplan, P., Balık, G., Gül, H. (2006). Quality of life among women who were attending to Trakya University Hospital menopause clinic. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*, 3(4), 281-287.
- Tozlu, F. (2019). Doğal Menopoz, Cerrahi Menopoz ve Erken Menopozun Yaşam Kalitesi, Cinsel Fonksiyonlar ve Depresyon Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Tunç, N. (2014), *Menopoz Dönemindeki Bireylerin Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi Yakınma ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sivas.
- Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), 2015, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1031, Ankara 2016.
- Uludağ, A., Güngör, A. N. Ç., Gencer, M., Şahin, E.M., Coşar, E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hek. Derg.*, 18(1):25-30.
- Uusi-Rasi, K., Sievänen, H., Pasanen, M., Beck, T. J., & Kannus, P. (2008). Influence of calcium intake and physical activity on proximal femur bone mass and

structure among pre-and postmenopausal women, A 10-year prospective study. *Calcified tissue international*, 82(3), 171-181.

Üçtepe, H. (2019). Premenopoz, Menopoz ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Antropometrik Ölçümlerinin, Vücut Bileşimlerinin, Beslenme Durumlarının ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. Sağlık bilimleri Enstitüsü, İzmir.*

Vural, P. I., Yangın, H. B. (2016). Menopoz Algısı: Türk ve Alman Kadınların Karşılaştırılması, *GÜSBD*, 5(3): 7-15

WHO (2009). The World Is Ageing Fast- Have We Noticed? Programmes And Projects, Ageing And Life Course. <http://www.who.int/ageing/en/> (13 Aralık 2019).

WHO Technical Report (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. *Geneva: Report of a WHO/FAO Expert Consultation.*

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

Williams, R.E., Levine, K.B., Kalilani, L., Lewis, J. and Clark, R.W., (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on Health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2), 153-159.

World Health Organization, (1996). Research on the menopause in the 1990s. *Geneva: Report of a WHO scientific group.*

Yıldırım, S. (2019). Menopozun Beden Algısı ve Depresif Semptomlara Olan Etkisinin Araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.*

Yiğit, S. (2018). Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*

Yurdakul, M., Eker, A., & Kaya, D. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(5), 187-193.*

Zeybek, A. (2019). Özel bir beslenme ve diyet polikliniği'ne başvuran bireylerin duygusal yeme durumlarının ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>P.K.: 99628 Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 bayek@emu.edu.tr</p>
---	--	--

Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2018-0198
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.


09.07.2018

Ecem Fidan

Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **21.05.2018** tarih ve **2018/59-13** sayılı kararı doğrultusunda, "**Menopoz Dönemdeki Kadınların Yeme Davranışı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" adlı çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.


Doç. Dr. Şükrü TÜZMEN
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/ba.

Ek 2: Anket Formu



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

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

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

ARAŞTIRMANIN ADI:

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

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

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu çalışma menopoz dönemindeki kadınların yeme davranışı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırılacaktır.

Araştırmanın Yöntemi:

Bu çalışmada kadınların genel özellikleri, beden algısı ve yeme davranışının değerlendirilmesi için “Beden Algısı Ölçeği” ve “Yeme Tutum Testi-40”, menopoz semptomlarını değerlendirilmesi için “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği” ve yaşam kalitesini değerlendirmek için “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi

Ölçeği”ni kapsayan anket formu uygulanacaktır. Ayrıca vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ölçümleri alınacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı :

Görevi :

Telefon :

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

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

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

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

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

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Ecem Fidan,
diyetisyen

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

GAZİMAĞUSA VE İSKELE BÖLGESİNDE MENOPOZ DÖNEMDEKİ
KADINLARIN BEDEN ALGISI VE YEME DAVRANIŞI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

ANKET NO :

TARİH:

A. GENEL BİLGİLER

1. Kaç yaşındasınız ?
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1) Okur-yazar
 - 2) İlkokul mezunu
 - 3) Ortaokul mezunu
 - 4) Lise mezunu
 - 5) Üniversite mezunu
 - 6) Lisansüstü
3. Çalışıyor musunuz? 1) Hayır 2) Evet
4. Cevabınız evet ise mesleğiniz nedir?
 - 1) Kamu personeli 2)İşçi 3)Emekli 4) Serbest meslek 5. Diğer (.....)
5. Sigara içiyor musunuz? 1. Evet 2.Hayır
6. Cevabınız evet ise, ne kadar süredir sigara içiyorsunuz? yıl
7. Cevabınız evet ise günde kaç adet sigara içiyorsunuz?.....adet
8. Alkol tüketme alışkanlığınız var mı? 1.Evet 2. Hayır
9. Cevabınız evet ise, ne miktarda, ne sıklıkla ve hangi tür alkolü tüketiyorsunuz?

Alkol Çeşitleri	Miktar	Tüketim Sıklığı
Bira		
Rakı, Vodka Cin		
Viski		
Şarap		
Diğer.....		

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

10. Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?
 - 1.Evet 2. Hayır
11. Cevabınız evet ise, doktor tarafından tanısı konulmuş hastalıklarınız nelerdir?

1) Yok 2) Tip 2 diyabet 3) Yüksek tansiyon 4) Yüksek kolesterol 5) Romatizma 6) Kalp ve Damar Hastalığı 7) Böbrek Hastalıkları 8) Sindirim sistemi hastalıkları 9) Kemik-eklem hastalıkları (.....) 10) Tiroid hastalıkları (.....) 11) Allerjik hastalıklar 12) Diğer

12. Düzenli olarak vitamin mineral desteği kullanıyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

13. Cevabını evet ise hangi desteği kullanıyorsunuz?

1) Kalsiyum

2) D vitamini

3) Omega-3

4) Demir

5) Diğer (.....)

14. Menarj yaşıınız:.....

15. Menstrual süreniz:

16. Menopoz yaşıınız:.....

17. Annenizin menopoz yaşı:.....

18. Menopoza girme nedeninizi belirtiniz.

1. Doğal 2. İlaçlar 3. Cerrahi 4. Diğer (.....)

19.Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır

20. Cevabınız evet ise kaç çocuğunuz var?

21. Cevabınız evet ilk gebelik yaşıınız:.....

22. Cevabınız evet toplam gebelik sayınız:.....

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

23. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Ana Öğün: Ara Öğün:

24. Öğün atlar mısınız? 1.Evet 2.Hayır

25. Cevabınız evet ise sıklıkla hangi öğünü daha çok atlıyorsunuz?

1.Sabah 2.Kuşluk 3. Öğle 4.İkinci 5.Akşam 6.Gece

26.Eğer ana öğün atlıyorsanız nedeni nedir?

1. Zayıflamak için

2. Canım istemediği için

3. Unuttuğum için

4. Zaman yetersizliğinden

5. Diğer (.....)

27. Günde ne kadar su tüketiyorsunuz? _____ bardak (.....ml)
28. Çay içer misiniz? 1. Evet 2. Hayır
29. Cevabınız evet ise kaç fincan çay içersiniz? _____ fincan (.....ml),.....çay (çeşidi)
30. Kahve içer misiniz? 1. Evet 2.Hayır
31. Cevabınız evet ise kaç fincan kahve içersiniz?.....fincan (.... ml), kahve (çeşidi)

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

32. Vücut ağırlığı (kg):
33. Boy uzunluğu (m):
34. BKİ (kg/m²):
34. Bel çevresi (cm):
34. Kalça çevresi (cm):
34. Bel kalça oranı:
38. Bel boy oranı:

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

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

Menopoza Özgü Yasam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yasayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yasadıysanız 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 ya da gülerken idrar kaçıрма								
27. Cinsel istekte değişiklik								
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk								
29. Cinsellikte kaçınma								

YEME TUTUMU TESTİ-40

Her soru için uygun gördüğünüz seçeneğe 'X' işareti koyunuz.

	Dai ma	Ço k sık	Sı k sık	Baze n	Nadir en	Hiç bir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları ile yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudum yağ toplayacak) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet(perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarını bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet(perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Beden özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadeler için uygun gördüğünüz

		Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumun kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel gücüm					
8	İdrar dışkı düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut/beden yapım					
17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duygularımın keskinliği					
20	Ağrıya dayanıklılığım					
21	Omuzlarımın genişliği					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim sistemim					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin şekli					
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun duruş şekli					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel organlarım					

seçeneğe 'X' işareti koyunuz.