



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA'DA ÖZEL BİR KLİNİĞE BAŞVURAN MENOPOZA
GİRMİŞ BİREYLERİN GENEL BESLENME DURUMLARININ
BELİRLENMESİ

BÜŞRA SAĞNAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. YASEMİN BEYHAN

İSTANBUL – 2015



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA'DA ÖZEL BİR KLİNİĞE BAŞVURAN MENOPOZA
GİRMİŞ BİREYLERİN GENEL BESLENME DURUMLARININ
BELİRLENMESİ

BÜŞRA SAĞNAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. YASEMİN BEYHAN

İSTANBUL – 2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra SAĞNAK tarafından hazırlanan **“Malatya’da Özel Bir Kliniğe Başvuran Menopoza Girmiş Bireylerin Genel Beslenme Durumlarının Belirlenmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 04.11.2015

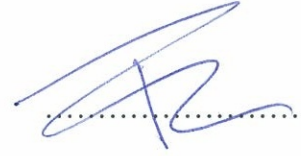
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Yasemin BEYHAN
: Hasan KALYONCU Üniv../Danışmanı



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Filiz AÇKURT
Haliç Üniv.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Funda ELMACIOĞLU
: Bilim Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı aşağıda ismi geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Bilgi ve tecrübesiyle çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde destek olan Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölüm hocalarından değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Yasemin BEYHAN' a

Çalışmamın her aşamasında yanımda olarak manevi desteklerini esirgemeyen, bu süreci güzel kılan canım dostlarım ve sevgili meslektaşlarım Sena KAZAN, Ece TEKÜN ve Ali Fatih BABAL' a,

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik sevgili abime,

Başarılarıma benden daha çok sevinen ve mutlu olan, yaşamım boyunca çalışmalarına sevgi, sabır ve anlayış içerisinde her zaman destek veren ve yanımda olan sevgili anneme ve babama

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar ve ŞEKİLLER	IV
KISALTMALAR VE SİMGELER	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1 Menopozun Tanımı ve Menopoz Dönemi	4
4.2 Menopozal Dönemin Evreleri	5
4.3 Menopozun Çeşitleri	7
4.4 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	7
4.4.1 Menopozda Meydana Gelen Hormonal Değişimler	7
4.4.2 Vazomotor Semptomlar	10
4.4.3 Psikolojik Semptomlar	10
4.4.4 Atrofik Semptomlar	11
4.5 Menopozda Sağlık Sorunları	12
4.6 Fiziksel Aktivite ve Ağırlık	14
4.7 Menopoz ve Beslenme	14
5. GEREÇ VE YÖNTEM	24
5.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	24
5.2 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	24
5.2.1 Beslenme alışkanlıkları, Besin Tüketim Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi	24
5.2.2 Antropometrik Ölçümler	24
5.2.3 Fiziksel Aktivite Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi	26
5.3 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	26
6. BULGULAR	28
7. TARTIŞMA	46
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
9. KAYNAKLAR	60

10. EKLER	67
11. ÖZGEÇMİŞ	74

TABLolar ve ŞEKİLLER

Tablo 4.1	Menopozla Birlikte Ortaya Çıkan Hormon Değişimleri	8
Tablo 4.2	Türkiye için Önerilen Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Alım Düzeyleri	16
Tablo 4.3	Diyetle Alınan Kalsiyumun Emilimine Etki Edene Faktörler	20
Tablo 5.1	Beden Kitle İndeksine Göre Değerlendirme	25
Tablo 5.2	Bel Çevresine Göre Yapılan Sınıflandırma	26
Tablo 6.1	Bireylere Ait Genel Bilgiler	28
Tablo 6.2	Bireylerin Herhangi bir Hastalık Bulundurma Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 6.3	Bireylerin Hastalık Durumuna Göre Dağılımı	29
Tablo 6.4	Bireylerin Menstrüal, Gebelik ve Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı ve Ortalamaları	29
Tablo 6.5	Bireylerin Menopoz Dönemindeki Yakınmalarına Göre Dağılımı	30
Tablo 6.6	Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalamaları	31
Tablo 6.7	Bireylerin Bel Çevrelerinin Referans Aralıkla Karşılaştırılması	31
Tablo 6.8	Bireylerin Bel-Kalça Oranlarının Referans Değerle Karşılaştırılması Bireylerin diyabet süresi ortalamaları	32
Tablo 6.9	Bireylerin BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımı	32
Tablo 6.10	Bireylerin Menopoz Döneminde Yaşadıkları Semptomlara Göre Menopoz Yaş Ortalamaları	33
Tablo 6.11	Bireylerin Çay, Kahve, Alkol ve Su Tüketim Durumlarının Dağılımı ve Ortalamaları	34
Tablo 6.12	Bireylerin Çarpıntı, Sıcak Basması ve Uykusuzluk Semptomları ile Çay Tüketim Durumları Arasındaki İlişki	34

Tablo 6.13	Bireylerin Günlük Su Tüketim Düzeyleri ile Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki	35
Tablo 6.14	Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumu Bilgileri Dağılımı	35
Tablo 6.15	Bireylerin Supleman Kullanımı, Kullanılan Suplemanların Dağılımı ve Ortalamaları	36
Tablo 6.16	Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre BKİ Sınıflaması Dağılımları	36
Tablo 6.17	Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Menopoz Döneminde Yaşadığı Semptomların Dağılımları	37
Tablo 6.18	Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumu ile Şimdiki Ağırlık İlişkisi	38
Tablo 6.19	Bireylerin Mevcut Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	38
Tablo 6.20	Bireylerin Öğün Atlama Durumları ile Şimdiki Ağırlık İlişkisi	40
Tablo 6.21	Bireylerin Menopoz Öncesi Ağırlıkları ile Menopoz Sonrası Ağırlıklarının Karşılaştırılması	40
Tablo 6.22	Bireylerin BKİ Sınıflamasına Göre Öğün Atlama Durumlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 6.23	Bireylerin BKİ Sınıflamasına Göre Yemek Yeme Hızları Arasındaki İlişki	41
Tablo 6.24	Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Günlük Enerji, Makro Besin Öğeleri ve Kolesterol Tüketimi Ortalamaları ve Yaş Grupları Arasındaki İlişki	41
Tablo 6.25	Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Günlük Vitamin ve Mineral Tüketim Ortalamaları ve Yaş Grupları Arasındaki İlişki	42
Tablo 6.26	Bireylerin Günlük Enerji, Protein, Vitamin ve Mineral Tüketimlerinin Ortalamaları ve Referans Değerlerine Göre Dağılımı	44
Şekil 4.1	Klimakterium Dönem	6
Şekil 4.2	Östrojenin Vücuttaki Etkileri	9

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BEBİS: Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BMH: Bazal Metabolik Hızı

ÇDYA: Çoklu Doymamış Yağ Asitleri

CHO: Karbonhidrat

DHEA: Dehidropiyandrosteron

DHEAS: Dehidroepiandrosteron

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DYA: Doymuş Yağ Asitleri

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

HDL-2: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein 2

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

KVH: Kardiyasküler Hastalıklar

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

LH: Lütein Yapıcı Hormon

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

LH: Lütein Yapıcı Hormon

RDA: Önerilen Günlük Alım Düzeyi

TDYA: Tekli Doymuş Yağ Asitleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

1. ÖZET

Bu çalışma, menopoza girmiş bireylerin genel beslenme durumlarının belirlenmesi amacıyla, Malatya’da yaşayan yaşları 40-65 arasında değişen 70 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlara sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, besin tüketim durumu ve fiziksel aktivite düzeylerini içeren anket formu uygulanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin % 55,7’si şişmandır. Bireylerin bel çevresi ve bel-kalça oranının ise olması gereken standart ölçülere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin menopoz öncesi ağırlık ortalamaları $68,3\pm14,7$ kg, şu anki ağırlık ortalamaları $77,4\pm15,2$ kg olarak belirlenmiş ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Menopoz dönemi süresince bireylerin %84,3’ünde bitkinlik-yorgunluk en yaygın semptomdur. Bireylerin %77,1 ‘i doğal yolla menopoza girmiştir. Bireylerin % 70’inin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı ve % 92,9’unun çok hafif aktivitede olduğu belirlenmiştir. Bireylerin aktivite yapma durumlarına göre semptomlar kıyaslanmış, aktivite artışı ile gece terlemesi, bitkinlik ve çarpıntının azaldığı sonucuna varılmıştır ($p<0,05$). Bireylerin düzenli aktivite yapma durumlarının şimdiki ağırlıklarında bir farklılık oluşturmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan bireylerin % 87,1’inin düzenli öğün tüketmediği ve sıklıkla kuşluk öğününü atladıkları (%52,9) sonucuna varılmıştır. Bireylerin ‘Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi’ ne göre aldıkları enerji ve besin öğeleri önerilen düzeye göre karşılaştırıldığında enerji, protein, lif, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir ve A-D-E-C vitaminleri tüketimlerinin referans değerinden anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$). Bireylerin yaş gruplarına göre günlük diyetle aldıkları enerji, makro besin öğeleri, kolesterol, vitamin ve mineral tüketim ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0,05$). Bu çalışmanın sonucunda menopozlu bireylerde yeterli ve dengeli beslenme ile sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasına yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin oldukça önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Besin tüketim, Fiziksel aktivite, Menopoz

2. SUMMARY

To Determine The General Diet Status of Menopause Experiencing Individuals Who Consulted a Private Clinic in Malatya

This study was conducted to 70 women aged between 40– 65 and going through menopause in Malatya. The aim of the study is to determine the general nutrition of people. A survey which contained socio-democratic features, eating habits, nutrition intake condition, anthropometric measurement, physical activity levels was applied in order to be more familiar with the applicant of the survey. 55,7 % of the individuals participating in the study is fat. It has been found that the proportion of waist circumference and waist hip of individuals is significantly higher than it should be according to standard measurements ($p < 0,05$). The weight averages of individuals is $68,3 \pm 14,7$ kg before menopause, while their current weight averages are found to be $77,4 \pm 15,2$ and their correlation between them has been found to be statistically meaningful ($p < 0,05$). Fatigue and tiredness in 84,3 % of individuals are the most common symptoms during menopause. 77,1 % of individuals has gone through menopause naturally. It has been specified that 70 % of individuals don't do any physical activity and 92,9 % of individuals do physical activity rarely. Symptoms are compared according to individuals' doing activity, and it has been deduced that increasing in activity, sweat night, fatigue and tiredness decrease. It has been deduced that individuals' doing regular physical activity do not create any difference in their current weight. It has been deduced that 87,1 % of individuals participating in study do not eat meal regularly and often skip brunch. According to 'Nutrition Guide subject to Turkey' when compared energy and food elements they received to suggested level, energy, protein, luffa, calcium, magnesium, phosphorus, iron and A-D-E-C vitamins consumption are higher than reference values ($p > 0,05$). We haven't found any meaningful difference between their energy, macro food elements, cholesterol, vitamin and mineral consumption averages that they consumed through daily diet according to their age groups. After the study, it has been understood that life style changes aimed at gaining healthy nutrition habits and adequate and balanced nutrition in individuals with menopause are quite important.

Key words: Menopause, food consumption, physical activities.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoza ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşur. Bu dönemlerden her biri kendine özgü fiziksel, psikik ve hormonal farklılıklar gösterir. Her dönemin kendine özgü özellikleri olmasına karşın, ergenlik ve menopoza dönemleri kadın yaşamı üzerindeki etkileri nedeni ile en önemli dönemlerdir (1). Kadınlarda yaşlılığa geçişin en önemli başlangıç noktasını üretkenliğin sonlanmasını gösteren "menopoz" oluşturur (2). İnsan yaşamı bir süreç olarak düşünülürse "menopoz dönemi" kadınlar için mutlak geçirilecek dönemlerden biridir (3).

Literatürde en son adet kanamasının görülmesiyle ilişkilendirilen menopoza, yapılan araştırmalarda da kadınlar tarafından adetten kesilme olarak belirtilmekte ve bir hastalık olmadığı düşünülmektedir(4,5). Fakat menopoza kişiden kişiye ayrı anlamlar taşımaktadır. 2008 yılında yapılan bir çalışmada; bireylerin %56,8'i menopoza yaşamın normal bir dönemi olarak gördüklerini, adet olmaktan ve gebe kalmaktan kurtuldukları için bu dönemi olumlu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada bireylerin %43,2'si menopoza döneminin sıkıntılı bir dönem olduğunu, yaşlılığın başlangıcı, kadınlığın kaybı nedenleriyle olumsuz olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir (6).

Kadın yaşamında büyük önem taşıyan menopoza, bu dönemde kadınlarda görülme oranı yüksek olan şişmanlık, kalp-damar hastalıkları ve osteoporoz gibi hastalıkların gelişimini önleyici, koruyucu veya tedavi edici bireysel beslenme programları düzenlenirken; hipertansiyon, dislipidemi ve diyabet vb. kronik hastalığı olan kadınlara diyetisyen tarafından özel diyet önerilerinde bulunulmalıdır(7).

Beslenme eğitimi ile bireylere doğru ve gerçek bilgiler vererek daha iyi beslenme alışkanlıkları kazandırmaya çalışarak, onların yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlamak, dolayısıyla daha sağlıklı olmaları amaçlanmaktadır. Beslenme eğitiminde önceliğin kadınlara verilmesi büyük önem taşımaktadır. Kadınların bu konuda eğitilmesi ile ailelerin kısa bir sürede eğitilebileceği doğru beslenme alışkanlıkları kazanmasının sağlanabileceği düşünülmektedir (8).

Bu çalışmanın amacı, Malatya ilinde yaşayan 40-65 yaş arası menopoza bireylerin genel beslenme durumları, diyet bileşenleri, fiziksel aktivite, antropometrik ölçümleri ve bu parametreler arasındaki olası etkileşimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Menopozun Tanımı ve Menopoz Dönemi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın tanımına göre menopoz, kaybolan folikül işlevi sonucu, doğal şekilde, bir daha başlamamak üzere kadının adet görmemesidir (9).

İnsan yaşamı bir süreç olarak düşünüldüğünde bu süreçte yaşam belli dönemlere ayrılarak incelenir. Çünkü her dönem farklı özellikler gösterir ve her dönemde insan fiziksel ve duygusal gelişimler içerisindedir. Kadın hayatı, kesin sınırları olmamakla birlikte beş dönemde incelenebilir (3) :

- 1- Çocukluk Dönemi 0-8 yaş
- 2- Ergenlik Dönemi 9-18 yaş (Puberte ve Adölesan)
- 3- Cinsel Olgunluk Dönemi 19-45 yaş
- 4- Klimakteryum ve Menopoz Dönemi 46-64 yaş
- 5- Yaşlılık dönemi 64 yaşın üzeri

Klimakterium (climacterium) Yunanca bir kelime olup merdiven basamağı anlamına gelen "klimakterikoz" kelimesinden türetilmiştir. Klimakterium, kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. 40- 45 yaşlarında başlayıp ovulasyon frekansının ve fertilitenin azalması ile başlar menopozdan sonraki belli dönemi de kapsayarak yaşlılık dönemi olan 65 yaş sınırına kadar devam eder (10). Klimakterium terimi, premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemleri içine almaktadır (11).

Klimakteriyum ve menopoz kelimeleri birbirine karıştırılmaktadır. Klimakteriyum, cinsel olgunluk döneminden yaşlılık dönemine kadar uzanan devredir. Menopoz ise bu dönem içinde görülen bir evredir (10). Klimakteriyum dönemine “Yaş Dönümü” de denir (12).

WHO' nun menopoz komitesi tarafından önerilen ve yaygın olarak kullanılan tanımına göre ise “ ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır”. Menopoz teşhisi retrospektiftir, çünkü adetlerin kesildiğini güvenle kabul etmek için son adeti 12 aylık bir amenore devresi izlemelidir (13).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 2010 verilerine göre 6,8 milyar olan dünya nüfusunun, 1 milyar 200 milyonunu menopozal dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır (14). Kadınlar yaşamlarının 1/3'ni klimakterik dönem ve bu döneme özgü yakınmalarla

geçirmektedirler. WHO'ya göre, 2030 yılına kadar 50 yaş ve üzerindeki kadınların sayısı 1,2 milyarı bulacak ve bu kadınların neredeyse tamamı hayatının geri kalanını menopoza ile birlikte yaşayacak (15).

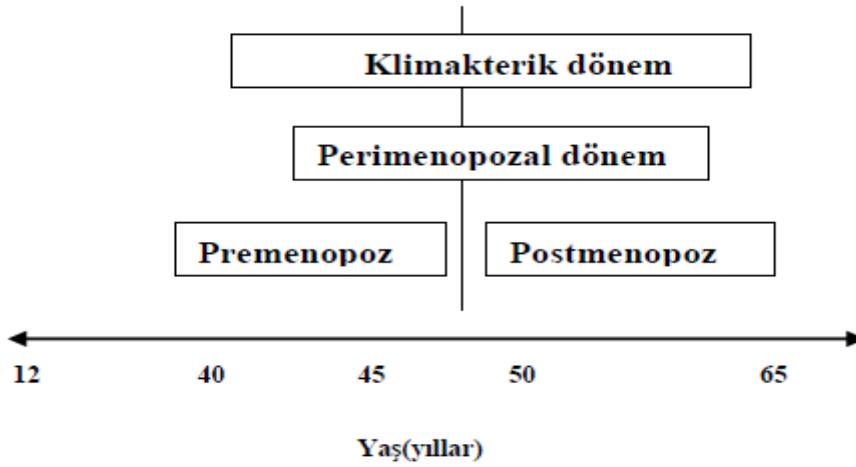
Menopoz yaşı ülkeler ve toplumlararası farklılık göstermekle birlikte genellikle 45-55 yaşlarında görülmektedir. Dünya genelinde, kesin bir menopoz yaş ortalaması ortaya koymak oldukça güçtür (16). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 2000 yılı raporlarına göre menopoz yaşının 45 – 60 yaşları arasında değiştiği, istatistiki olarak ortalama yaşın 51,4 olduğu bildirilse de, Türkiye'deki kadınlar için bu yaş ortalamasının 46 olduğu kabul edilmektedir. Batı toplumlarında menopoz yaşı ortalama 51,4 olarak belirlenmiştir. Gaussian göstergesine göre ise menopoz 40 – 58 yaş arası meydana gelmektedir. Çok nadir de olsa bazı bireylerin 30'lu, bazı bireylerin de 60'lı yaşlarda menopoza girdiği görülmektedir (10). Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi 80 yıl ve doğal menopoz yaş ortalaması 51 yaş civarında değişmeden kalmıştır (17). 2025 yılında ise postmenopozal kadın sayısının 1,1 milyon olması, kadınlar için ortalama yaşam süresinin de 72'ye ulaşması (gelişmiş ülkeler için 82 yaş) beklenmektedir (10).

Menopozal dönem; premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemlerden oluşmaktadır. İlk semptomların görüldüğü menopozdan 2-6 yıl öncesi dönem premenopozal dönem; en son menstrüel kanamanın görüldüğü 6-8 yıl sonrası dönem menopoz dönemi ve menopozdan bir yıl sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar süren dönem ise postmenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır. Kadınlarda 40 yaşlarında over fonksiyonlarında azalma ile başlayan ve bir yıl süreyle menstrüel dönemin görülmemesine kadar devam eden perimenopoz ise yaklaşık olarak 7 yıl sürmektedir(18).

4.2 Menopozal Dönemin Evreleri

Klimakterium kendi içinde premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olarak bölümlere ayrılmaktadır (Şekil 4.1) (19).

Şekil 4.1 Klimakterium Dönem



Premenopozal Dönem: İlk menopoz semptomlarının görüldüğü klimakterium başlangıcından, son adet zamanına kadar devam eder (20). Klimakteriyumun ilk fazıdır. Östrojen hormonunun azalmaya başlamasıyla ortaya çıkan ilk semptomların görüldüğü andan, menopoza kadar geçen süreye premenopozal dönem denir (18). Premenopoz 40 yaş civarında overlerdeki yetmezlik sonucu başlar, genellikle belirti vermez. Bu fazda menstrual siklus bozulur, disfonksiyonel kanamalar görülür ve ovulasyonsuz siklusa bağlı fertilite azalır. Bu dönemde vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar görülmeye başlar (10).

Perimenopozal Dönem : Premenopozu, menopoza ve menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsar. Menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi de içerisine alan dönemdir. Yakınmaların yoğun olduğu bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar sıcak basması, gece terlemesi, yorgunluk, huzursuzluk, unutkanlık gibi psikosomatik semptomlar ve baş ağrısıdır (10).

Postmenopozal Dönem : Östrojen hormonunun eksikliğinin, bedenin fizyolojik ve psikolojik dengesi üzerine sistematik etkiler oluşturmaya başladığı andan, yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsayan ve yakınmaların fazla olduğu döneme postmenopozal dönem denir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilite ortadan kalkmıştır (10).

4.3 Menopozun Çeşitleri

Erken Menopoz: Adetten kesilmenin 40 yaşından erken gerçekleşmesine “erken menopoz” denir. Tıbbi literatürde “prematür menopoz” olarak adlandırılmakta ve yaklaşık % 4 oranında görülmektedir. Menopozun 30 yaşından daha erken ortaya çıkması durumuna ise “Prematür Ovaryen Yetmezlik” adı verilir. (10).

Normal Menopoz : Foliküllerin tükenmesi ile ortaya çıkan, fizyolojik menopozdur. Patolojik yada fizyolojik bir neden olmaksızın ardışık 12 ay boyunca amenorenin gözlenmesi olarak kabul edilmektedir (21).

Geç Menopoz : Bir kadın 55 yaşını geçmesine rağmen hala adet kanamaları devam ediyorsa geç menopozdan bahsedilir (10).

Doğal Menopoz : Doğal menopoz, overyal fonksiyonların ortadan kalkması sonucu adetlerin kalıcı olarak kesilmesidir (9).

Cerrahi Menopoz : Cerrahi menopoz, herhangi bir tıbbi endikasyon sonucunda ameliyat ile overlerin alınması sonrası gelişen durumdur. Bu tür cerrahi operasyonlarda genellikle uterus ve overler birlikte çıkarılır(10).

4.4 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

Menopoz, fizyolojik bir devredir ve değişik semptomlarla karşımıza çıkar. Menopoz yılları sırasında bazı kadınlarda çeşitli ciddi semptomlar görülürken diğerlerinde hiçbir reaksiyon görülmemekte veya fark edilmeyen minimal reaksiyonlar görülmektedir. Kadınların yaklaşık olarak %70-80'inde östrojen yetmezliği semptom ve bulguları ortaya çıkmaktadır. Over fonksiyonlarının bozulmasıyla beraber östrojen eksikliğine bağlı semptomlar hemen ortaya çıkar. Buna karşılık, kadına postmenopozal dönemde ağır morbidite ve mortalite yükleyen kardiovasküler hastalıklar ve osteoporozla bağlı patolojiler geç dönemde ortaya çıkmaktadır (10).

4.4.1 Menopozda Meydana Gelen Hormonal Değişimler

Klimakteryum öncesinde overde en fazla sentez edilen steroid hormon östradioldür. LH'ya bağlı olarak stromal teka hücrelerinden sentezlenen androstenedionun yapım hızı premenopozal döneme göre yarı yarıya azalır. Postmenopozal dönemde androstenedionun yağ dokusunda östrona dönüşmesiyle özellikle yağ dokusu kütlesinin artmış olduğu obez hastalarda yeterli östrojen düzeylerine

rastlanabilmektedir. Testosteronun östrona dönüşümü ise anlamlı değildir. Postmenopozal dönemde hormonların değişimi Tablo 4.1’de gösterilmiştir (22).

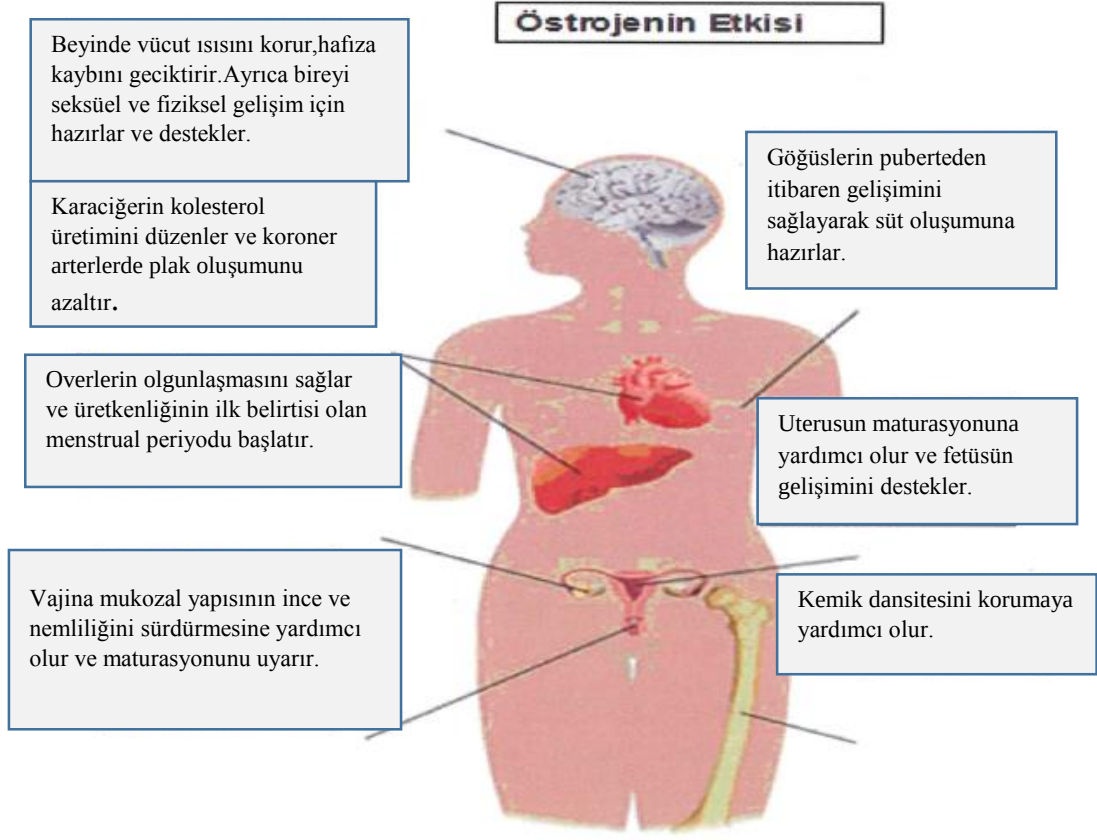
Tablo 4.1 Menopozla Birlikte Ortaya Çıkan Hormon Değişimleri

FSH	10-20 kat artar
LH	3 kat artar
Östradiol (E2)	5-10 kat azalır
Androstenedion	1/3-1/2 kat azalır
Testosteron	hafif azalır
DHEA	değişmez
DHEA-SO4	değişmez

Kadındaki androjenler hem overlerden hem adrenal korteksten üretilmektedir. Adrenal bez, testesteron, androstenedion, Dehidroepiandosteron (DHEA) ve Dehidroepiandosteron (DHEAS) üretir. Over, testesteron, adrenosteroid, ve DHEA üretir. Menopozda testesteronda anlaşılmaması güç bir değişiklik vardır. Menopozdan önceki yıllarda testesteron düzeylerinde aşamalı bir düşüş vardır. Bazı yazarlara göre bu düşüş over fonksiyonlarındaki azalmayı yansıtmaktadır. Menopoz sonrasında testesteron düzeyi %20 kadar, androstenedion düzeyi %50 kadar azalmaktadır . Postmenopozal over bireylerin %50’sinde düşük konsantrasyonlarında testesteron salgılamaya devam eder Fakat %50 kadında anlamlı düzeyde overden salgılanan testesteron üretimi yoktur (19).

Östrojen: Östrojen hormonu, birçok organ ve dokunun yanı sıra santral sinir sisteminin organizasyonunda ve gelişmesinde rol oynamaktadır. Başta duygular olmak üzere limbik sistem fonksiyonları, östrojen reseptörlerinden anlamlı düzeyde etkilenmektedir. Östrojen beyin biyokimyasını, serotonin gibi bir çok nörotransmitter aminlerin konsantrasyonlarını değiştirerek etkilemektedir (23) (Şekil 4.2).

Şekil 4.2 Östrojenin Vücuttaki Etkileri



Menopoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, görme tat alma, duyma, koku duyularında zayıflama görülür. Östrojenin uyarıcı etkisine karşın progesteronun kuvvetli anestezik etkisi vardır(18).

Progesteron: Progesteron ovulasyon sonrası overlerden üretilmektedir (23). Menopozdan sonra progesteron üretimi kesilir ve menopozda ilk azalan hormon progesterondur. Progesteron üretiminde azalma ve tekrar artmanın olmaması sıklıkla premenstürel semptomların yokluğu ile beraberdir. Progesteron düzeylerinin düşüşü, gonadal steroidlere cevap veren meme ve endometriyum gibi organları etkiler. Progesteron endometriyal dokuda enzimatik aktivitede ve steroid reseptörleri üzerinde değişiklik yaparak antiöstrojenik etki gösterir(10). Östrojenin beyin üzerindeki uyarıcı etkisine karşın progesteronların kuvvetli anestetik etkileri vardır. Yüksek dozda progesteron varlığında derin uyku ve beyin fonksiyonlarında ağırlaşma meydana gelmektedir (24).

Postmenopozal kadınlarda, progesteron seviyeleri genç kadınlardaki folliküler faz progesteron seviyelerinin sadece %30'u kadardır. Postmenopozal overler fonksiyonel follikül içermediğinden ovulasyon olmaz ve progesteron seviyeleri düşük kalır (25).

4.4.2 Vazomotor Semptomlar

Ateş basması, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, bulantı (10).

Vazomotor değişikliklerin belirtileri üç şekilde görülmektedir.

- Yüz kızarması,
- Sıcak basması,
- Gece terlemesi

Sıcak basması ve gece terlemeleri menopozal döneme geçiş sürecinden itibaren en sık karşılaşılan vazomotor kaynaklı semptomlar arasında yer almaktadır (26). Menopozdan sonra 10 yıla varan bir süre boyunca devam edebilir. Düzenli adet gören 39 yaş ve üzerindeki bireylerin %40'ında vazomotor değişiklikler görülür. Adet düzensizliğinde bu semptomlar daha ağır ve sık oluşabilir(27).

Sıcak basmasının fizyolojisi anlaşılamamakla birlikte hipotalamustan kaynaklandığı ve östrojendeki azalma ile ortaya çıktığı bilinmektedir (28).

4.4.3 Psikolojik Semptomlar

Artmış iritabilite, duygusal değişiklik, depresyon, yorgunluk hissi, anksiyete ve uykusuzluk en sık görülen belirtilerdendir (27). Menopozun mental sağlık üzerinde kötü bir etkisi olduğuna dair olan görüş psikiyatrik literatür ve genel populasyon üzerinde yapılan araştırmalar tarafından desteklenmemektedir (29). Massachusetts kadın sağlığı çalışmasından elde edilen takipsel bilgilerde menopozun kadınlarda artan depresyon ile bağlantılı olmadığı görülmüştür (28).

Menopozal semptomları kontrol eden çalışmalar moralin vazomotor semptomlardan, uyku düzensizliklerinden ve hayat problemleri ile uğraşmaktan güçlü bir şekilde etkilendiğini göstermektedir (28).

Depresyon orta yaş ve yaşlı kadınlar arasında oldukça yaygın ve zayıflatıcı bir durumdur. Depresyon belirtileri çoğunlukla demanslı bireylerde mevcuttur. Öncesinde genellikle bilişsel gerileme olur. Anksiyete, unipolar ve bipolar bozukluklar da dahil olmak üzere depresif bozuklukların %6.3'ünü 50-69 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır (30).

Perimenopozal ruhsal durum problemlerinin en sık sebebi zaten var olan depresyondur. Amerikan SWAN çalışmasında ruhsal durum değişikliklerinin prevalansı premenopozda % 10 iken erken perimenopozda bu oran % 16,5'e yükselmiştir .

Üç olası açıklama vardır:

- 1) Menapozda görülen östrojen azalması ruhsal durumu düzenleyen nörotransmitterleri etkilemektedir,
- 2) Ruhsal durum vazomotor semptomlardan negatif bir şekilde etkilenir,
- 3) Ruhsal durum menopoz döneminde sık olarak var olan hayat problemlerinden etkilenmektedir.

Klinik çalışmalar östrojen tedavisinin klinik depresyon tedavisinde yararlı olduğunu belirtmektedirler (28).

4.4.4 Atrofik Semptomlar

Atrofik değişikliklerin etkileri genellikle üreme sistemi, üriner sistem ve deride olmaktadır (31). Vajinal kuruluk, dispepsi, üretral sendrom, ciltte kuruluk, saç kuruluğu ve saç dökülmesi, tırnaklarda kırılma (10).

Östrojenin azalması ile birlikte vajina kollajen ve yağ dokusu kaybeder ve su tutabilme yetisi azalır. Vajinal rugalar düzleşir ve kaybolur. Yüzey epiteli dış fibröz tabakasını kaybeder ve sadece bir hücre tabakasından oluşacak şekilde inceler. Yüzeyel ve bazal hücreler arasındaki oran belirgin şekilde düşer. Bunların sonucunda vajinal yüzey hassaslaşır, en ufak travmada kanamaya yatkınlık artar. Vajinal duvarlarda bulunan kan damarları daralır ve sebace bezlerde oluşan sekresyonlar azalır. Zaman içinde vajinanın kendisi kontrakte olur ve esnekliğini kaybederken, labia minör daha soluk, daha küçük hale gelir. Ek olarak pH daha alkalın olur. Böylece vajinal ortam laktobasil için daha yaşanmaz hale gelir. Ürogenital ve fekal patojenlerin enfeksiyon yapma riskleri artar. Enfekte eden organizmalar üriner sistem boyunca çıkarak üretrit, üriner sistem enfeksiyonları ve sistit yapabilir (28).

Menopozdan sonra üreme organlarıyla aynı embriyolojik orjinli olan ürethranın alt kısmı kısılır ve esnekliğini yitirir. Bu dönemdeki ürethral değişimlere ilişkin en sık rastlanan idrar tutma güçlüğü, kesik kesik idrar yapma, sık idrar yapma ve noktüri ile karakterizedir. 45-64 yaş grubundaki kadınlarda rastlanan üriner sistem şikayetlerinin %57 'si üriner inkontinanstır. (27).

Menopoz döneminde östrojenik sekresyon azalması, cilt işlevselliğinin bozulmasına böylece cilt elastikiyetinin karakteristiğindeki düşüş cilt yaşlanmasına neden olmaktadır (32).Yaşlanma ile deri kollajen içeriğinde, elastikiyetinde ve deri kalınlığında oluşan azalma postmenopozal östrojen tedavisi ile önlenabilmektedir. Östrojenin kollajen üzerindeki etkisi hem kemikte hem de deride belirgindir; kemik kütlesi ve kollajen menapozdan sonra azalır. Östrojen tedavisi kollajen yapım-yıkım hızını azaltır ve kollajen kalitesini iyileştirir. Amerika Birinci Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi Çalışması östrojen kullanımının daha düşük deri kırışıklığı ve kuru deri prevalansı ile bağlantılı bulmuştur (28).

4.5 Menopozda Sağlık Sorunları

İlerleyen yaşla birlikte çeşitli sağlık sorunları göz önüne alındığında da yaşlıların bir kısmını zorluk çeken kadınlar oluşturmaktadır. Global Burden of Diseases 2010 araştırmalarına göre kadınlarda yaşam uzunluğu beklentisi ve sağlıklı yaşam uzunluğu belirtisi arasındaki fark 11,5 yıldır. Kadınların yaşam beklentisini artırmak, uzun sürmesini garantilemek; yaşlandığında da toplumda aktif rol üstlenebilmesi için kronik hastalıkların ve sakatlıkların engellenmesi genel çözümdür (30).

Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınlar arasında mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenidir(30). Menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda, aynı yaş grubundaki erkeklere oranla 3 kat daha az görülen kardiyovasküler sistem hastalıkları, menopozla birlikte artış göstermektedir (28). Kadınlarda KVH erkeklere göre 10 yıl daha sonra ortaya çıkmakta, risk özellikle menopoz sonrası dönemde artmaktadır ve erken menopoza giren kadınlarda koroner arter hastalıkları riski normal yaşta, menopoza giren kadınlara göre daha yüksektir. Bu risk artışı kısmen, over hormonlarının hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, santral obezite ve metabolik sendroma karşı koruyucu etkilerinin ortadan kalkmasıyla ilişkilidir (33).KVH, hipertansiyon ve kronik kalp hastalığının sıklığı menopoz başlangıcı ile hızla artmaya başlar ve postmenopozal dönemi boyunca artmaya devam eder(30).

Menopoz sonrasındaki kardiyovasküler hastalıklardaki bu artıştan östrojen eksikliği sorumlu tutulmaktadır. 35 yaş öncesinde overleri alınan bir kadında miyokard infarktüsü riski, overleri mevcut kadınlardan 7 kat daha fazladır(28).

Östrojenin kardiyovasküler sistem üzerine etkisi aşağıda özetlenmektedir :

1. Östrojen lipid profiline etki eder. Östrojen eksikliğinde HDL düzeyleri düşerken, LDL düzeyleri artar.
2. Östrojenin arterler üzerine doğrudan ateroskleroza önleyici etkisi vardır.
3. Östrojen nitrik oksid ve prostasiklin gibi vazodilatör ve antiagregan faktörlerin etkisini artırır.
4. Kalp üzerine doğrudan inotropik etkisi vardır.
5. İnsulin düzeylerini düşürerek kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olan bozulmuş glukoz toleransını düzeltici rol oynar.
6. Lipoprotein oksidasyonunu inhibe eder. Günümüzde bu faktörlerden üzerinde en çok çalışılmış olan ve en önemli kabul edilen lipid profili değişiklikleridir (28).

Kas- İskelet Sistemi Sorunları: Kas iskelet sistemi bozuklukları yaşlı yetişkinler arasında son derece yaygındır(30).

Bağ, kemik ve kas dokusu kas-iskelet sisteminin en önemli kompartımanlarını oluştururlar (31). Maksimal kemik kütlesi, erkek ve kadında 35 yaşlarında sağlanır, 40 yaşlarından sonra yılda %0,5 arasında bir kayıp başlar. Yapılan çalışmalar belli bir yaştan sonra kemik kütlesindeki kaybın daha hızlı olduğunu göstermektedir. Kadınlarda kemik kütlesi kaybı over fonksiyonunun kaybıyla hızlanır. Menopoz sonrası ortalama kemik kaybı ilk 6 yıl içinde %3,9 yıl, bunu izleyen yıllarda ise %1 yıl dolaylarındadır (10).

Menopozda ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ait belirtiler kas ağrısı, eklem ağrısı, vücut hacminde azalma, kemik kırıkları, hareket esnekliğinde azalma ve tüm motor hareketlerde azalma şeklinde görülmektedir (31).

Osteoporoz: Osteoporoz kemik mikro mimarisinin bozulması ve kemik kütlesinde azalmayla karakterize, sık görülen, her iki cinsiyeti de etkileyen sinsi, kronik bir iskelet sistemi hastalığıdır. Osteoporozlu hastaların yaklaşık %80 i kadındır, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre osteoporaza daha duyarlıdır. (34). Osteoporoz ve düşük kemik yoğunluğu yaşlı popülasyonda özellikle de kadınlarda mortalite ve morbiditenin ana nedenidir (25). Mortalite ve morbidite açısından en önemli sorun ise kalça kırıklarıdır (35). Osteoporozun 2000 yılında dünya da 9 milyon, 2050 yılında ise yaklaşık olarak bu sayıdan 3 kat daha fazla kırıklara neden olması bekleniyor (25) İran’da yapılan bir çalışma sonucunda 2001 yılında osteoporozun neden olduğu sakatlık ve mortalite ile 36 bin kişi hayatını kaybetmiştir(35). Dünyada 200

milyondan fazla kadında osteoporoz bulunmaktadır (36).Ancak osteoporozun sıklığı ülkelere göre değişmektedir(25).

İnsanlarda azami kemik kütlesi yaklaşık 30-35 yaşlarında tamamlanır. Daha sonra genetik özellikler, coğrafi özellikler, kötü beslenme, hareketsizlik endokrin ve metabolik hastalıklar, menopo, stres, sigara ve alkol kullanımı gibi birçok faktöre bağılı olarak değişen hızlarda azalmaya başlar. Belirli bir eşik düzeye indiğinde ise osteoporoz veya fraktür riski ortaya çıkar (37).

Düşük kalsiyum ve D vitamini tüketimi, aşırı alkol tüketimi gibi yanlış beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite azlığı, sigara içme durumu, aile öyküsünde erken menopo ve kanser olması ile bazı ilaçların uzun süre kullanılmasıyla osteopora ya yatkınlık olabilir(25).

4.6 Fiziksel Aktivite ve Ağırlık

Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji tüketimi ile sonuçlanan her türlü vücut hareketi olarak tanımlanmaktadır (28).

Kadınlar için menopo sonrası egzersiz programları çok önemlidir (38).Düzenli fiziksel aktivite hem menopo semptomlarını azaltmada hem de sağlıklı yaşlanma üzerinde etkilidir. Kadınlarda menopo sonrası düzenli fiziksel aktivite yapmanın: vücut ağırlık kontrolünde, vücut kompozisyonunda, denge ve koordinasyonda, kas ve kemik gücünde, dayanıklılıkta, esneklikte, oksijen tüketiminde, kan basıncında ve metabolizma üzerinde etkisinin olduğunu görülmektedir. Ayrıca fiziksel olarak aktif olan menopozal kadınlarda düşme ve kırık riskinin daha az olduğu görülmüştür. Aynı zaman da egzersiz yapan menopozlu kadınlarda sağlıkla ilgili olumlu gelişmeler (ruh hali, yaşam kalitesi, uyku problemi..) gözlenmiştir (39).

Yürüme egzersizi omurga ve alt ekstremitte kemiklerine mekanik yüklenme sağlar. Ayrıca, açık havada yapılan yürüyüşler de güneş ışınlarının D vitamini sentezine katkısından da yararlanılmış olur. Fiziksel aktivite ve egzersizin kemikte meydana getirdiği mekanik yüklenmeler, kemiğin yapılanması, pik kemik kütlesinin oluşumu ve mevcut kütlenin korunmasında olumlu katkı sağlamaktadır (37).

4.7 Menopo ve Beslenme

Menopo sonrasında sağlığın korunması ve kaliteli bir yaşam için diyet ve yaşam biçiminin önemli olduğu bilinen bir gerçektir. Menopozda metabolizmadaki değişimlerle

birlikte besin gereksinimleri de farklılık göstermektedir (40). Aynı miktarda kalori alımına karşı, menopoza döneminde vücut ağırlığında artma olmaktadır. Bütün bu değişiklikler kadının beslenme biçimini de değiştirmesini zorunlu kılmaktadır. Obezite, meme, endometrium kanserleri ve kardiovasküler hastalıklar açısından risk faktörü oluşturduğu için yaş ilerledikçe kilo alma eğilimine karşı koymak çok önemlidir. Çünkü yaşla birlikte bazal metabolizma hızı azalmaktadır. Menopoz, kadının metabolizmasında, özellikle yağ metabolizmasında yarattığı değişikliklerle kolesterol artışına ve damar sertliğine neden olmaktadır. Kalp hastalıklarında, hipertansiyon oluşumunda risk yaratan bu durum gibi östrojen hormonun azlığı ile sonuçlanan kemik metabolizmasında ki değişimde kalsiyum fosfor emilimini azaltarak kemik erimesine zemin hazırlamaktadır(41). Yeterli beslenme kemik sağlığının korunması ve gelişimi için gereklidir. Beslenmenin birçok etken arasında osteoporozun artışında ve korunmasında önemli rol oynadığı görülmektedir(25). Genel olarak bireylerin hayatlarının menopoza dönemi esnasında yılda 0,5 kg kadar kilo aldıkları ve bu artışın hormonal değişikliklerden ziyade yaşlanma ile birlikte görülen psikolojik ve davranışsal değişikliklerle daha yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Kilo artışları lipid düzeyleri, kan basıncı ve insülin direncinde artma ile birliktelik gösterdiği için kaygı yaratmaktadır (42).

Araştırmacılar, menopoza dönemindeki kadınlarda bazı özel besin öğeleri gereksinmesine işaret etmekle birlikte genelde sebzeler, meyveler, tam tahıllar ve kalsiyumdan zengin; enerji, kafein ve yağdan fakir bir beslenmenin gerekliliğini kabul etmektedirler. Diyetin mineral ve vitamin içeriği de yeterli olmalıdır (7). Kalsiyum ve D vitaminine ek olarak proteinler, lif, bazı yağ çeşitleri ve diğer vitamin ve mineraller kemik yoğunluğu ve oluşumu üzerinde etkili olabilmektedir. Bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınması gerekir (43). Tavuk, balık, yumurta gibi hayvansal proteinlerin koruyucu rolüyle '' yeterli protein alımı 50-69 yaş arası yaşlılarda optimum kemik sağlığı için önemli '' teorisi doğrulanmış fakat kırmızı etin tüketiminin hafta da 4 günden fazla olması risk olarak görülmektedir (25).

Besin çeşitliliği sağlanmalıdır. Her öğünde, dört besin grubundaki besinler birlikte (süt grubu- et grubu -yumurta-kuru baklagiller-taze meyve ve sebzeler grubu-ekmek ve tahıl grubu besinler) aynı öğünde bireyin gereksinmesine uygun miktarlarda tüketilmelidir. Yine farklı öğünlerde aynı besin grubundan farklı besinler seçilerek çeşitlilik

sağlanmalıdır. Böylece besin ögesi olan ve olmayan tüm öğelerin vücuda alınması sağlanmış olur. Besin ögesi olmayan fitokimyasalların (karotenoidler, flavonoidler, isoflavonoidler, polifenoller vb.) birçok kronik hastalıkların oluşumuna karşı koruyucu etkisinin olduğu bilinmektedir. Kuru baklagillerden özellikle soyada bulunan östrojen benzeri maddelerin (fitoöstrojenler), osteoporozu karşı koruyucu etkisinin olduğu düşünülmektedir. Menopoz sonrası kadınlarda besin çeşitliliği sağlanarak aşırı yağ ve tuz tüketimi de azaltılmış olacaktır (7). C, K, P (bioflavonoid) vitaminleri, manganez, boron, selenyum, çinko menopoz döneminde eksikliği görülen, osteoporoz ve koroner arter hastalığı yönünden önemli olan diğer vitamin ve minerallerdir. Bu nedenle kemik yapısını ve damarları korumak için diğer ana vitamin ve minerallerle birlikte alınması önerilmektedir(18).

Tablo 4.2 Türkiye İçin Önerilen Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Alım Düzeyleri

Yaş (yıl)	Enerji (kkal)	Protein (g/kg)	Diyet posası (g)	A vit. (mcg)(d)	D vit. (mcg)(e)	E vit. (mg)(k)	K vit. (mcg)
31-50	2065	0.8-1.0	25	700	10	15	90
51-65	1917	0.8-1.0	21	700	10	15	90
65+	1790	0.8-1.0	21	700	10	15	90

Yaş (yıl)	Kalsiyum (mg)	Fosfor (mg)	Demir (mg)	Çinko (mg)	İyot (mcg)	Flor (mg)	Magnezyum (mg)
31-50	1000	700	18	10	150	3	320
51-65	1200	700	10	10	150	3	320
65+	1200	700	10	10	150	3	320

Yaş (yıl)	C vit (mg)	B1 (mg)	B2 (mg)	B3 (mg)	B6 (mg)	Folat (mcg)	B12 (mcg)	B5 (mg)
31-50	90	1.1	1.1	14	1.3	400	2.4	5
51-65	90	1.1	1.1	14	1.3	400	2.4	5
65+	90	1.1	1.1	14	1.5	400	2.4	5

Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberinde bu yaş grubuna ait önerilen günlük enerji ve besin öğeleri alım düzeyleri tablo 4.6 ‘da görülmektedir (44).

D Vitamini: Güneş ışığından üretilen veya diyetle alınan vitamin D, kalsiyumun biyoyararlılığını ve emilimini arttırmaktadır. Bununla birlikte kemik mineralizasyonunu da güçlendirmektedir (45). Yeterli D vitamini insanın normal gelişiminde ve büyümede önemli rol oynarken, yetersizliğinde sağlıkla ilgili sorunlara neden olmakta ve kronik hastalık riskini arttırmaktadır. Yaş ilerledikçe D vitamininin hem deride sentezi hem de barsaktan emilimi azalır. Yaşlı insanların %80’inde D vitamini yetersizliği bildirilmiştir. Bunun nedenleri, alımın kısıtlanması, emilimin azalması ve güneşe az çıkma olarak düşünülmektedir. Yaşlandıkça D vitamini reseptörleri de azaldığından D vitaminine yanıt da azalır (46). D vitamini sadece bir vitamin olmayıp kalsiyum homeostazı, hücre proliferasyonu ve farklılaşması için gerekli olan hormonların öncü maddesidir. Hem endokrin hem de parakrin aktivite gösterdiği için yetersizliği pek çok hastalık ile ilişkilidir. Normalin altında alınan D vitamini kemiklerin dengesini negatif duruma getirmektedir (47).

D vitamini supplementlerinin gerekliliği tartışılmaktadır. Aşırı D vitamini toksik etkiye sahiptir, karaciğerde hasara ve osteoporoza neden olmaktadır Dawson ve arkadaşları, güneş ışığı olmayan iklimlerde postmenopozal bireylerin kemik yoğunluğunun azaldığını saptamışlardır (31).

Yapılan başka bir çalışmada kalsiyum tutumunun Ağustos ve Ekim ayları arasında, Mart ve Mayıs ayları arasındakine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (48). Kapalı iklimli ülkelerde ya da güneşten uzak yaşayanların kalsiyum emilimini artırmak için günde 400-800 IU D vitamini alması gerekmektedir. Kuzey iklimlerinde, güneş ışığının olmadığı aylarda sağlıklı postmenopozal bireylerin 500 IU vitamin D alımlarının kemik kaybını azalttığı ve omurga kemik yoğunluğunu arttırdığı bildirilmiştir(49). Kış aylarında D vitamini yetersizliği riskini azaltmak için haftada bir yağlı balık tüketiminin 25 OH vitamin D durumunu dengede tutacağı bildirilmektedir(47). Yaz ayları boyunca cilt yolu ile yeterli D vitamini yapacak gün ışığı almak gerekmektedir(18). Sodyum floridın, D vitamini ve Ca ile birlikte verilmesi ile kemik yıkımının inhibe edildiği görülmektedir (27).

Avusturya'nın kuzeyinde ve güneyinde 119 kapalı kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, D vitamini eksikliği 81 kadında saptanmıştır (%68,1). Bu kadınlarda 25 OHD düzeyi ≤ 30 nmol/L olarak belirlenmiştir. Kadınlarda kanda paratiroid hormonu ve idrarda deoksipiridinalin (DPYD) atımının fazla olduğu saptanmıştır. Bu kişilerde yaşa ve menopoz dönemine bağlı olarak, kan serumunda, kalsiyum ve fosfat miktarlarında bir değişiklik bulunmamıştır. D vitamini eksik olan Müslüman kadınlarda turnover artma riski belirlenmiştir (50).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerin bir grubuna 1500 IU vitamin D2, diğer bir grubuna da plasebo verilmiştir. D vitamini alan grubun plazma 25 hidroksi vitamin D düzeyi almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bunun ise kemik kayıpları ile bağlantısının olduğu, yaşlılarda oluşan kemik kırıklarının önlenmesinde verilecek D vitamininin, gereksinim olarak önerilen miktarın birkaç katı kadar fazlasının yararlı olacağı ileri sürülmektedir (47).

D vitamini eksikliği, artmış iskelet bozuklukları (osteoporoz) riskine ek olarak artmış kanser (kolon, meme ve prostat), kronik inflamatuvar, otoimmün (multiple skleroz, tip 1 diyabet, inflamatuvar bağırsak hastalığı) ve metabolik hastalık (metabolik sendrom, hipertansiyon) riski ile ilişkilidir (51). Diyetle alınan kalsiyumun arttırılması, orta düzeydeki egzersiz, D vitamini ve östrojen tedavisinin yeni kemik büyümesini stimule edeceği bildirilmiştir(47). Diyetle D vitaminin en zengin kaynakları yağlı balıklar, özellikle balık karaciğeri yağı olup yumurta da önemli miktarda D vitamini içermektedir. Süt ürünleri ve karaciğerde de bir miktar D vitamini bulunmaktadır. Birçok ülkede margarin ve bazı ülkelerde de süt D vitamini ile zenginleştirilmektedir (52).

E Vitamini: E vitamininin sıcak basması, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, sinirlilik, çarpıntı sıklığını azaltmakta ve kalsiyum metabolizmasında rol oynadığı bilinmektedir (53,54).

Kalsiyum: İnsan vücudunun yaklaşık %4-5'i minerallerden oluşmuştur. Bunun yarıya yakını kalsiyum, 1/4'ü ise fosfordur(46). Kalsiyum iskeletin yapı taşıdır ve bütün vücudun %2'sini oluşturur ve insan vücudun da en fazla bulunan mineraldir. Yeni doğan bir bebeğin vücudunda 30 g, yetişkin bir insan vücudunda ise yaklaşık 1200 g kadar kalsiyum bulunmaktadır. Kalsiyumun %99'u (1135 g) iskelette, %0.6'sı (7 g) dişlerde, %0.6'sı (7 g) yumuşak dokularda, %0.03'ü (0.35 g) plazmada, %0.06'sı ise (0.7 g) ekstra sellüler sıvılarda bulunmaktadır. Hızlı büyüme dönemlerinde beden kalsiyum birikimi

artar ve 25 yaşında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. İskelet yapımı tamamlandıktan sonra kemik kütlesini dengede tutmak için kalsiyuma gereksinim duyulmaktadır.30 yaşından sonra çeşitli faktörlere bağlı olarak kemiğin içeriği azalmaya başlamaktadır ve menopoza döneminde osteoporoz riskinin oluşumunu önlemek için büyüme ve gelişme çağında yeterli kalsiyumun alınması büyük önem taşımaktadır (43,47).

Günlük önerilen miktarlar; 1 yaşından küçük çocuklara 300-350 mg, 1-11 yaş grubu çocuklara 700-800 mg, ergenlik çağındakilere 1000-1200 mg, yetişkinlere 800 mg, gebe ve emzikiilere 1200 mg (47), premenopozal kadınlara 1000 mg, östrojen tedavisi almayan postmenopozal kadınlara 1500 mg (49) olarak belirlenmiştir. Kalsiyum emiliminde kişisel farklılıklar olabilir. Yaşlı insanlarda kalsiyum emilimi azalmaktadır. Kadınlarda menopoza döneminde ortalama her yıl %21 kalsiyum emilimi azalmaktadır (49). Birçok rapor göstermektedir ki; besin öğelerinin özellikle kalsiyumun, puberte öncesi ve puberte bitiminin ilk yıllarında yeterli tüketilmesi, maksimum kemik mineral kütlesine ulaşmayı sağlar ve yaşam boyu buna devam edilmesi, kemik mineral kütlesinin ileriki yıllarda korunmasına yardım eder(45).

Kemiğin temel minerali olan kalsiyumun biyoyararlılığı için D vitamini gerekmektedir. D vitamini olmadan besinlerle alınan kalsiyumun ancak %10 – 15'i ince bağırsaktan kan dolaşımına emilebilir. D vitamini varlığında ise bu oran ikiye katlanır (55).

Tablo 4.3 Diyetle Alınan Kalsiyumun Emilimine Etki Eden Faktörler (56).

Emilimi olumlu etkileyen etmenler	Emilimi olumsuz etkileyen etmenler
• İnce bağırsağın normal mukazol yapısı • Ortamda orta kısa zincirli yağ asitlerinin, laktoz, sukroz, sitrik asit ve lizin, arginin, serin aminoasitlerinin bulunması • Ortamda D ve C vitaminlerinin bulunması • Diyetteki kalsiyum – fosfor oranının uygunluğu • Safra asitleri • Gereksinmenin artmış olması • Mide asit salgısı	• İnce bağırsağın normal mukozal yapısının bozulması • Ortamda fitatların, oksalatların ve emilmemiş yağ asitlerinin fazla olması • Diyetteki posa miktarı • Diyetteki kalsiyum fosfor oranının uygunsuzluğu • Diyetteki diğer minerallerin (Zn, Al gibi) çokluğu • Paratroid hormonunun yetersizliği • Menopoz (östrojen hormonunun salgısının durması) • Stres, glukokortikosteroidler, troid hormonunun etkisi • Böbrek yetmezliği • İleri yaş

İnsanlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada, ince bağırsaktan kalsiyum emilimine yaşın ve diyet kalsiyumunun etkisini araştırmak amacıyla, kalsiyum glukonat şeklinde kalsiyum içeren test solüsyonları kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda luminal kalsiyum konsantrasyonu yükseldiği zaman emilim oranının yükseldiği ve normal genç yetişkinlerde yaşlı gruba kıyasla kalsiyum emiliminin yüksek olduğu bulunmuştur. Genç ve yaşlı her iki gruba ilk 4-8 haftalık sürede 300 mg kalsiyumlu diyet verilince kalsiyum emilimi yükselmiştir. Sonraki 4-8 haftada 2000 mg kalsiyumlu diyetle de emilim yüksek düzeyde kalmıştır (57).

A.B.D de ve Kanada’da kalsiyum alınımları çocuklar ve genç yetişkinler arasında iyi olmakla beraber orta yaşta görülen kemik kaybını azalttığı ile ilgili epidemiyolojik kanıtlar bulunmaktadır. Kalsiyum ve D vitamini direk olarak kemik yapımını ve

sürdürülmesinde rol oynayan besin öğeleridir(27). Menopoz sonrası osteoporozun temel nedeni, idrarla kalsiyum kaybının fazla olmasıdır (47). Menopozda, günlük kalsiyum kaybı 28 mg olup, bu kayıp osteoporoz ile sonuçlanmaktadır Osteoporozun önlenmesi ve tedavisi için yeterli kalsiyum ve D vitamini önemi bilinmektedir. Kalsiyum ve D vitamini desteği oluşacak kemik kaybını önlemektedir(18). Ek kalsiyum alımı bir yandan kalsiyum emiliminin az olmasına rağmen diğer yandan kalsiyum atımının artmasına neden olmaktadır. Kalsiyumun, yüksek miktarda tek doz olarak alınması emilim oranını azaltmakla birlikte düşük dozlarda değişik zamanlarda alınması emilimin daha iyi olmasını sağlayabilmektedir. Bu nedenle kalsiyumun supplement olarak değil de süt, yoğurt olarak her öğün tüketilmesinin daha faydalı olduğu saptanmıştır(47).

Andon ve arkadaşları, yaşları $64,7 \pm 7,6$ olan postmenopozal dönemdeki 131 sağlıklı kadında diyetle alınan kalsiyum miktarlarını kaydederek L2 ve L4 kemik mineral dansitesini ölçmüşlerdir. Sonuçta kalsiyum tüketimi az olan bireylerin kemik mineral dansitelerinin belirgin şekilde düşük olduğunu saptamışlardır. Bu iskelet sağlığının devamlılığında diyetle kalsiyum alımının önemli olduğunu göstermektedir (47).

Sowers ve arkadaşları tarafından tek başına alınan kalsiyumun kemik yoğunluğu üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Günlük 800 mg'ın üstünde alınan kalsiyum ve 400 IU'nin üstünde alınan D vitamininin kemik yoğunluğunu önemli ölçüde arttırdığı saptanmıştır (47).

Yapılan başka bir çalışmada, 20 yıl sadece süt ile beslenmiş 80 yaşındaki vejeteryan bireylerin kemik mineral kaybı %18 iken, vejeteryan olmayan kadınlarda bu kayıp %35 olarak bulunmuştur(47). Laktoz, kalsiyumun jejunal emilimini arttırmaktadır. Bu nedenle postmenopozal bireylerin süt ve türevlerini tüketmeleri kalsiyum emilimini olumlu yönde etkilemektedir. Laktoz intoleransı süt tüketimini etkilemekte ve direkt olarak diyetle kalsiyum alımını azaltmaktadır. Bu nedenle laktoz intoleransı olan bireylere mutlaka kalsiyum supplementi verilmelidir(49).

Sodyum: Fazla miktarda sodyum alımı idrarla sodyum ve kalsiyum atımını artırır. Menopoz öncesi ve menopoz sonrası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada bir hafta süresince 50 ve 300 mmol/gün sodyum alımının idrarla atım miktarı değerlendirildiğinde sodyum alımının artmasına bağlı olarak idrarla sodyum ve kalsiyum atımının arttığı saptanmıştır. Japon kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, tuzlu yemeklerin, idrarda kalsiyum atımını artırdığı belirlenmiştir (43).

Magnezyum: Vücut için gerekli minerallerden biri olan magnezyum, yetişkin bir insan vücudunda 21–23 g bulunur. Bunun %60'ı kemiklerdedir. Geri kalanı hücre içinde olmak üzere kas ve öteki yumuşak dokulara dağılmıştır. Magnezyum başlıca ince barsaklardan emilir. Kalsiyum emilimini etkileyen faktörler magnezyumun barsaktan emiliminde de etkili olmaktadır. Kalsiyum ve mangnezyum metabolizması birbiriyle çok yakın bir ilişki içindedir. Kemik metabolizmasında aynı şekilde hareket eden mineraller, adale kontraksiyonları üzerine zıt etkiler yaparlar. Kanda düşük oranlarda oldukları zaman benzer şekilde hareket ederlerken, birinin fazlalığı diğerinin etkisini azaltır (43). Magnezyumdan kısıtlı diyet verildiğinde kemik yıkımında artma ve kemik formasyonunda azalma görülmektedir. Magnezyum tüketiminin insanlarda paratroid hormon sekresyonunu düşürerek pozitif kalsiyum balansına neden olmaktadır (47).

B vitaminlerinin, magnezyumun koroner arter hastalığı ve osteoporozu önlemede önemli rol oynadığı bildirilmektedir. Kemiklerdeki yeterli rezervi korumak için günde 1600 mg magnezyum alınması gerekmektedir. Bu miktardaki magnezyum trabeküler kemik kaybını önemli derecede azaltmaktadır. Daha yüksek dozlarda kullanım ise özellikle kalsiyum eksikliğinde kalsiyum/magnezyum dengesini bozacağından önerilmemektedir(18).

Fosfor: Özellikle düşük kalsiyum, yüksek fosfor alımı osteoporoz riskini artırır. Eskimolarda osteoporozisin daha sık görülmesinde, diyetlerinin ete bağlı olması bildirilmiştir. Etin fosfor içeriği kalsiyum içeriğinden 5–20 kat yüksektir. Kalsiyum/fosfor dengesi bir olduğu besinlerde kalsiyum daha iyi emilmektedir. Yeşil yapraklı sebzeler ve sütte kalsiyum ve fosfor dengeli bulunmaktadır. Bu nedenle vejetaryenlerde osteoporoz daha az görülmektedir (17).

Flor: Fluoridin esas kaynağı sudur. Fluoridin kemikler üzerindeki etkisi araştırılmıştır. ABD'de sularında florid yoğunluğu yetersiz ve yeterli olan bölgelerde yapılan araştırmalarda, floridi yetersiz bölgelerde osteoporozis ve kemik yoğunluğunun azalması olaylarının daha sık görüldüğü bulunmuştur. Özellikle floridi yetersiz bölgede yaşayan kadınlarda kemik bozukluklarının daha sık görüldüğü bulunmuştur (46).

Bakır: Bakır, elastinin kollojene dönüşümü için gereklidir(10). Yetersizliğinde anemi, kemik bozuklukları ve nötropeyi görülür(46). Menopoz sonrasında bakır eksikliğine bağlı osteoporotik yaralar hem insan hem de hayvanlarda görülmektedir(10).

Çinko: İnsan vücudunda ortalama 2-3 gr kadar çinko bulunur (46). Osteoporozlu bireylerin çinko atım miktarı, sağlıklı bireylerden daha fazladır. İdrarla çinko atımının fazla olması, kemik yıkımının bir göstergesi olabilir. Çinko supplementinin osteoporozdan korunmak amacıyla kullanılmasına dair günümüzde öneriler yoktur. Recommended Daily Allowance (RDA) günlük 15 mg çinko alımını önermektedir (10).

Posa: Aşırı posa alımı kalsiyum biyoyararlılığını azaltırken orta düzeyde posa içeren diyetlerin olumsuz etkisi bulunmamıştır (43).

Yapılan çalışmalarda yüksek posalı diyetlerin serum östron ve östradial düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Bu durum kemik yoğunluğunu olumsuz etkilemektedir. Yüksek posa alımı, negatif kalsiyum dengesine neden olmakta ve üronik asit artıkları tarafından barsaktaki kalsiyumun emilimi engellenmektedir. Ortalama 26 g/gün posa alımındaki artışın, kalsiyum gereksinmesini 150 mg/gün yükselttiği saptanmıştır. Uzun süre aşırı posa alımının osteopeninin gelişmesinde risk faktörü olabileceği savunulmaktadır(10).

Yapılan bir çalışmada günlük alınan enerjinin %40'ının yağdan sağlanan diyetle beslenen menopoz öncesi kadınları daha sonra enerjinin %25'i yağdan gelen ve günde 40 g posa içeren diyetle beslenmişlerdir. Düşük yağlı, yüksek posalı diyetin alındığı dönemlerde hormon düzeylerinde %36'lık bir düşüş kaydedilmiştir. Yüksek yağlı diyetin ise östrojen hormon düzeyini arttırarak meme kanseri riskini arttırdığı bildirilmiştir (47).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma Malatya ili Özel Malatya Hastanesine Haziran 2014 –Nisan 2015 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden, yaşları 40-65 yıl arasında olan menopoza girmiş 70 kadın üzerinde yapılmıştır (Ek: 1).

5.2 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylere kişisel özelliklerini saptamak amacıyla 57 sorudan oluşan bir anket formu verilmiştir (Ek 1).Anket formu 5 kısımdan oluşmaktadır. Anket formunda bireylerin demografik özellikleri, genel sağlık durumları, temel beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları ve antropometrik ölçümleri sorgulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından bireylerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

5.2.1 Beslenme alışkanlıkları, Besin Tüketim Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi

24 saatlik besin tüketimi hatırlatma ve kayıt tutma tekniği ile hesaplanır. Bireylerden 3 günlük (2 haftaiçi,1 hafta sonu) sabah, öğle, akşam ve ara öğünlerde neler yiyip içtiği sorgulanarak tek tek yazdırması istenmiştir. Bireylerin beslenme alışkanlıkları (ana ve ara öğün tüketim durumları, su, çay, kahve ve tuz tüketimleri v.b.) anket formunda sorgulanmıştır (Ek 1). Günlük diyetle alınan enerji ve besin öğeleri, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS)' kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlardan enerji ve besin öğeleri tüketimi 'Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi' önerilerine göre değerlendirilmiştir (44). Yemek yeme hızı sorgulama yöntemi kullanılarak bireylerin verdiği cevaplar doğrultusunda belirlenmiştir.

5.2.2 Antropometrik Ölçümler

Araştırma kapsamına alınan bireylerin menopoz öncesi vücut ağırlıkları öğrenilmiş, şu anki vücut ağırlıkları, boy uzunlukları, bel ve kalça çevresi ölçümleri alınmış ve forma kaydedilmiştir (Ek 1).

Vücut Ağırlığı: Tüm bireylerde vücut ağırlıkları hafif giysilerle ayakkabıları çıkarılarak sabah aç karnına elde taşınabilen, 0.5 kg'a duyarlı terazi ile ölçülmüş ve ağırlık kilogram olarak kaydedilmiştir (58).

Boy Uzunluğu: Boy uzunluğu ölçümü için esnemeyen mezur kullanılmıştır. Ayakkabısız olarak, topuklar, sırt, omuzlar ve başın arka kısmı duvara değecek şekilde, ayakta dik, hazır ol duruşta ve ayaklar bitişik olarak başın en yüksek üst noktasından yere kadar olan mesafenin cm cinsinden ölçülmesiyle yapılmıştır (59- 60).

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Vücut ağırlığının, boy uzunluğunun metre karesine bölünmesi [vücut ağırlığı(kg)/boy (m²)] ile hastaların Beden Kütle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır (61). Sonuçlar WHO sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 5.1)

Tablo 5.1 Beden Kütle İndeksine Göre Değerlendirme

BKİ (kg/m ²)	Vücut Ağırlığının Durumu
Zayıf	≤ 18.5
Normal kilolu	18.5-24.9
Hafif şişman	25-29.9
1.derecede şişman	30-34.9
2. derecede şişman	35-39.9
Aşırı şişman	≥ 40

Bel – Kalça Oranı: Tüm bireylerin bel ve kalça çevreleri ölçülmüştür. Bel çevresi ölçümünde en alt kaburga kemiği ile kristailiyak (göbek deliği) arası bulunarak orta noktadan geçen çevre mezür ile ölçülmüştür. Kalça çevresi ölçümünde ise bireyin yanında durularak en yüksek noktadan geçen çevre mezür ile ölçülmüştür. Sonuçlar Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) önerilerine göre değerlendirilmiştir (61).Bel/kalça oranı erkeklerde >1.0, kadınlarda >0.85 üzerine çıkmamalıdır (62) .

	Kadın	Erkek
Normal değerler	<0.85	< 1
Obezite tanısı için değerler	≥ 0.85	≥ 1

Bel/Kalça Oranı: Bel çevresi(cm)/Kalça çevresi(cm)

Tablo 5.2 Bel Çevresine Göre Yapılan Sınıflandırma

	Normal bel çevresi (cm)	Artmış Risk Bel Çevresi (cm)	Yüksek Risk Bel Çevresi (cm)
ERKEK	<94	94-101	>102
KADIN	<80	80-87	>88

5.2.3 Fiziksel Aktivite Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri bire bir araştırmacı tarafından bireylere rutin geçirdikleri 24 saatlik fiziksel aktiviteleri sorularak değerlendirilmiş aşağıdaki kriterlere göre belirlenmiştir(58). Bireylerin fiziksel aktivitelerini saptamak amacıyla, anket kapsamında aktivite kayıt formu kullanılmıştır (Ek1).

1. Çok hafif aktivite (oturarak çalışma, boya, araba kullanma, dikiş, örgü, ütü yapma, yemek yapma, masa başı oyun, müzik aleti çalma)
 2. Hafif aktivite (yavaş yürüme, marangoz işleri, lokanta işleri, ev temizliği, çocuk bakımı)
 3. Orta aktivite (hızlı yürüme, tarla işleri, yük taşıma, bisiklete binme)
 4. Ağır aktivite (yokuş yukarı yük taşıma, elle kazma işlemi, inşaat işçiliği)
- Haftada 3 gün 30 dakika süreyle egzersiz yapan bireyler egzersiz yapıyor kabul edilmiştir.

5.3 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen tüm veriler, SPSS 11.5 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Besin tüketim kayıtlarından elde edilen veriler Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS) ile analiz edilmiş, günlük enerji besin ögesi alımları ile besin grupları tüketim miktarları hesaplanmış ve SPSS 11.5 istatistik programına aktarılmıştır.

Günlük ortalama olarak alınan enerji ve besin ögeleri, yaş grubu ve cinsiyet için günlük alınması önerilen miktarlarla (Türkiye İçin Beslenme Rehberi) karşılaştırılarak (44), alım miktarları hesaplanmıştır.

Sayılararak belirlenen verilerin basit ve çapraz dağılımları, sayı ve yüzde tabloları olarak verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar, “ki kare testi” ile analiz edilmiştir. Antropometrik ölçümler, günlük besin grupları tüketim miktarları, besin ögesi alımları, besin tüketim miktarlarının ve besin öğelerinin önerilere göre yüzdeleri ile ilgili veriler için betimsel istatistikler (ortalama, alt, üst, standart sapma, ortanca) hesaplanmıştır. Kategorize edilmiş verilerde Student- t testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

6. BULGULAR

6.1 Tablo Bireylere Ait Genel Bilgiler

	Menopoza Girmiş Kadınlar(n:70)	
	n	%
Medeni durum		
Evli	60	85,7
Bekar	2	2,9
Dul/Boşanmış	8	11,4
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	6	8,6
Okur yazar	4	5,7
İlkokul	22	31,4
Ortaokul	11	15,7
Lise	13	18,6
Üniversite	14	20,0
Çalışma Durumu		
Özel	5	7,1
Kamu	10	14,3
Emekli	6	8,6
Ev hanımı	45	64,3
Serbest meslek	4	5,7

Çalışmamız menopoza girmiş 70 kadın üzerinde yürütülmüştür. Bireylerin sosyo - demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 6.1.'de gösterilmiştir. Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %85,7'si evli, %64,3'ü ev hanımı, %31,4 ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2 Bireylerin Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Hastalık Durumu	n	%
Evet	46	65,7
Hayır	24	34,3

Tablo 6.3 Bireylerin Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalıklar	n	%
Diyabet	14	30,4
Hipertansiyon	20	43,5
Koroner Kalp	10	21,7
Hiperkolesterolemi	3	6,5
Gastrointestinal	9	19,6
Göğüs	5	10,9
Psikiyatrik	6	13,0
Troid	6	13,0
İskelet Sistemi	12	26,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin %65,7'si herhangi bir hastalığınız var mı sorusuna evet cevabını vermiştir (Tablo 6.2). Bireylerde en sık görülen hastalık %43,5 hipertansiyondur (Tablo 6.3)

Tablo 6.4 Bireylerin Menstrüal, Gebelik ve Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı ve Ortalamaları

Özellikler	Menopoza Girmiş Kadınlar (N:70)	
	X	SD
Yaş (yıl)	54,0	5,8
Menarş Yaşı (yıl)	13,7	1,7
Menopoz Süresi (yıl)	7,7	6,6
Menopoz Yaşı (yıl)	46,3	5,6
Anne menopoz yaşı(yıl)	46,9	7,9
İlk gebelik yaşı(yıl)	21,1	4,3
Toplam gebelik sayısı	4,4	3,0
Yaşayan çocuk sayısı	3,0	1,2

Doğum Kontrol Yöntemi	n	%
Doğum kontrol hapi	28	40,0
Kondom	15	21,4
Rahim içi araç	23	32,9
Tüp bağlama	1	1,4
Kullanmayan	3	4,3
Menopoza Girme Nedeni		
Doğal	54	77,1
İlaç	9	12,9
Cerrahi	7	10,0

Çalışmaya katılan bireylerin menstrüal, gebelik ve menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 6.4’de gösterilmiştir. Bireylerin yaş ortalaması $54,0 \pm 5,8$ yaş, menopoz sürelerinin $7,7 \pm 6,6$ yıl, menopoz yaşlarının $46,3 \pm 5,6$ yıl olduğu belirlenmiştir. Doğum kontrol hapının %40,0 ile en çok kullanılan doğum kontrol yöntemi olduğu bulunmuştur. Bireylerin %77,1’ i ise doğal yolla menopoza girdiğini belirtmiştir.

6.5 Bireylerin Menopoz Dönemindeki Yakınmalarına Göre Dağılımı

Menopozal Semptomlar (N:70)	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Sıcak basması	56	80,0	14	20,0
Sinirlilik	53	75,7	17	24,3
Çarpıntı	50	71,4	20	28,6
Uykusuzluk	43	61,4	27	38,6
Bitkinlik- Yorgunluk	59	84,3	11	15,7
Gece terlemesi	45	64,3	25	35,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmamızda bireylerin menopoz döneminde yaşadıkları yakınmalarda en fazla bitkinlik-yorgunluktan (%84,3) en az ise uykusuzluktan (%61,4) yakınmış oldukları bulunmuştur (Tablo 6.5).

Tablo 6.6 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalamaları

Antropometrik Ölçümler		(N:70)		
	X	SD	Median	Min-Max
Menopoz Öncesi Ağırlık(kg)	68,3	14,7	69,5	42,0-100,0
Şimdiki Ağırlık(kg)	77,4	15,2	75,5	47,0-130,0
Boy Uzunluğu(cm)	159,8	6,8	158,0	140,0-175,0
BKI (kg/m ²)	30,8	5,2		
Bel Çevresi(cm)	105,7	11,4	106,0	73,0-128,0
Kalça Çevresi(cm)	118,9	12,0	120,0	96,0-150,0
Bel-Kalça Oranı	0,88	0,06	0,88	0,70-1,14

Çalışmamızda bireylerin menopoz öncesi ağırlık ortalaması $68,3 \pm 14,7$ kg, şimdiki ağırlıklarının ortalamasının ise $77,4 \pm 15,2$ kg olduğu belirlenmiştir. BKI ortalaması $30,8 \pm 5,2$ kg/m², bel ve kalça çevrelerinin ortalaması sırasıyla $105,7 \pm 11,4$ cm, $118,9 \pm 12,0$ cm, bel-kalça oranları $0,88 \pm 0,06$ cm ve boy uzunluğu ortalaması $159,8 \pm 6,8$ cm olarak belirlenmiştir(Tablo 6.6).

Tablo 6.7 Bireylerin Bel Çevrelerinin Referans Aralıkla Karşılaştırılması

	Bel Çevresi (cm)					
	Normal (<80 cm)		Artmış Risk(80-87 cm)		Yüksek Risk(>88 cm)	
	X	SD	X	SD	X	SD
Bel Çevresi	73	----	84,7	2,2	107,5	9,6
P=0,001*						

Kruskal-Wallis Testi

Çalışmaya katılan bireylerin bel çevrelerine göre dağılımı üç gruba ayrılarak incelenmiştir (Tablo 6.7). Bu üç grubun referans değere göre anlamlılığı kıyaslanmış, farklılık istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 6.8 Bireylerin Bel-Kalça Oranlarının Referans Aralıkla Karşılaştırılması

	Bel-Kalça Oranı			
	Normal (< 0,85)		Riskli (>0,85)	
	X	SD	X	SD
Bel-Kalça	0,81	0,04	0,91	0,05
P=0,001*				

Mann Whitney U Testi

Çalışmamıza katılan bireylerin bel-kalça oranları referans aralıkla kıyaslanmış, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6.8).

Tablo 6.9 Bireylerin BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımı

BKİ (kg/m ²)		Menopoza Girmiş Kadınlar (n:70)	
		n	%
Normal kilolu	18.5-24.9	6	8,6
Hafif şişman	25-29.9	25	35,7
1.derecede şişman	30-34.9	21	30,0
2.derecede şişman	35-35.9	16	22,9
Aşırı şişman	≥40	2	2,8

Tablo 6.9’da bireylerin BKİ sınıflamasına göre dağılımları gösterilmiştir. BKİ sınıflaması, WHO’nun BKİ sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, bireylerin sadece %8,6’ sı normal BKİ değerine(18.5-24.9) sahipken, çoğunluğunun hafif şişman (%35,7) (BKİ 25-29.9 kg/m²) oldukları, zayıf hiçbir bireyin bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo 6.10 Bireylerin Menopoz Döneminde Yaşadıkları Semptomlara Göre BKİ Sınıflaması

Semptomlar		BKİ Sınıflaması									
		(N:70)									
		Normal		Hafif		I.Derece		II.Derece		Aşırı	
		Kilolu		Şişman		Şişman		Şişman		Şişman	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sıcaklık Basması	Var	4	66,7	21	84	18	85,7	12	75	1	50
	Yok	2	33,3	4	16	3	14,3	4	25	1	50
p=0,471											
Sinirlilik	Var	4	66,7	21	84	15	71,4	11	68,8	2	100
	Yok	2	33,3	4	16	6	28,6	5	31,2	0	0
p=0,694											
Çarpıntı	Var	3	50	22	88	13	61,9	10	62,5	2	100
	Yok	3	50	3	12	8	38,1	6	37,5	0	0
p=0,693											
Uykusuzluk	Var	4	66,7	16	64	12	57,1	10	62,5	1	50
	Yok	2	33,3	9	36	9	42,9	6	37,5	1	50
p=0,991											
Bitkinlik/Yorgunluk	Var	4	66,7	24	96	16	76,2	13	81,2	2	100
	Yok	2	33,3	1	4	5	23,8	3	18,8	0	0
p=0,173											
Gece Terlemesi	Var	4	66,7	17	68	12	57,1	11	68,8	1	50
	Yok	2	33,3	8	32	9	42,9	5	31,2	1	50
p=0,932											

Ki-Kare Testi

Tablo 6.10’da BKİ’nin menopozal dönemdeki semptomlara göre anlamlılığı incelenmiştir. Fakat bu değişkenlerin hiçbirisiyle arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).Bireylerin BKİ’nin yaşadıkları semptomlara göre farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır.

Tablo 6.11 Bireylerin Çay, Kahve, Alkol ve Su Tüketim Durumlarının Dağılımı ve Ortalamaları

	Menopoza Girmiş Kadınlar (N:70)			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Sigara Kullanımı	11	15,7	59	84,3
Çay İçme	66	94,3	4	5,7
Kahve İçme	28	40,0	42	60,0
Alkol Tüketim			70	100
	X	SD	Min	Max
Çay (ml/gün)	683,3	533,3	100,0	4000,0
Kahve (ml/gün)	114,2	55,2	80	320,0
Su (ml/gün)	1564	916,5	500,0	5000,0

Bireylerin %94,3 'ü çay tüketirken, kahve tüketiminde bu oran %40 olarak belirlenmiştir. Günlük içilen su miktarının ortalaması 1564±916,5 ml olarak belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin alkol tüketmediği bulunmuştur (Tablo 6.11).

Tablo 6.12 Çarpıntı, Sıcak Basması ve Uykusuzluk Semptomları ile Çay Tüketim Durumları Arasındaki İlişki

	Çay Tüketim (N:70)			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Çarpıntı				
Var	48	96,0	2	4,0
Yok	18	90,0	2	10,0
P:0,572				
Sıcak Basması				
Var	52	92,9	4	7,1
Yok	14	100	0	0,0
P=0,577				
Uykusuzluk				
Var	40	93,0	3	7,0
Yok	26	96,3	1	3,7
P=0,999				

Çalışmamıza katılan bireylerde çay içme durumu ile çarpıntı, sıcak basması ve uykusuzluk semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6.12).

Tablo 6.13 Bireylerin Günlük Su Tüketim Düzeyleri ile Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki

Değişkenler	Su Tüketimi, ml	
	r	p
Şimdiki ağırlık(kg)	-0,005	0,965
BKI(kg/m2)	-0,062	0,611
Bel çevresi(cm)	0,018	0,880
Bel-Kalça oranı(cm)	-0,02	0,871
Pearson-Sperman Testi		

Bireylerin su tüketim düzeylerinin antropometrik ölçümlerle olan incelediğinde bireylerin günlük tükettikleri su miktarı ile şimdi ki ağırlık (kg), BKİ (kg/m2), bel çevresi (cm) ve bel-kalça oranı (cm) arasındaki dağılımlar incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.13).

6.14 Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumu Bilgileri Dağılımı

		n	%
Düzenli Aktivite	Evet	21	30,0
	Hayır	49	70,0
Fiziksel Aktivite Düzeyi	Çok Hafif	65	92,9
	Hafif	5	7,1
Tv izlerken Yiyecek içecek tüketimi	Evet	46	65,7
	Hayır	24	34,3
		X	SD
Tv İzleme süresi(saat) (N:68)		4,8	2,0
Uyku süresi(saat)		7,2	1,4
Bilgisayar Kullanım (N:16)		2,3	1,3

Yapılan bu çalışmada da bireylerin sadece %30'unun düzenli fiziksel aktivite yaptıkları ve %92,9' unun çok hafif aktivitede oldukları saptanmıştır. (Tablo 6.14)

6.15 Bireylerin Süpleman Kullanımı, Kullanılan Süplemanların Dağılımı ve Ortalamaları

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Süpleman Kullanımı	19	27,1	51	72,9
Magnezyum	1	1,4	69	98,6
Kalsiyum	9	12,9	61	87,1
Demir	1	1,4	69	98,6
D vitamini	4	5,7	66	94,3
B Kompleks	8	11,4	62	88,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerinin %27,1'i vitamin-mineral desteği aldığı, % 72,9'u ise almadığı; en çok kullanılan süplemanın ise kalsiyum (% 12,9) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.15).

Tablo 6.16 Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre BKİ sınıflarının Dağılımları

BKİ Sınıflaması	Fiziksel Aktivite			
	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
Normal Kilolu	2	9,5	4	8,2
Hafif Şişman	7	33,3	18	36,7
I.Der. Şişman	7	33,3	14	28,6
II.Der. Şişman	4	19	12	24,5
Aşırı Şişman	1	4,8	1	2
p=0,93				

Ki-Kare Testi

Çalışma sonucunda fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fiziksel aktivitenin BKİ üzerinde etki göstermediği sonucuna varılmıştır. ($p>0,05$)(Tablo 6.16)

Tablo 6.17 Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Menopoz Döneminde Yaşadığı Semptomların Dağılımları

Semptomlar		Fiziksel Aktivite			
		Evet		Hayır	
		S	%	S	%
Sıcaklık Basması	Var	16	76,2	40	81,6
	Yok	5	23,8	9	18,4
P=0,745					
Sinirlilik	Var	15	71,4	38	77,6
	Yok	6	28,6	11	22,4
P=0,584					
Çarpıntı	Var	11	52,4	39	79,6
	Yok	10	47,6	10	20,4
P=0,021*					
Uykusuzluk	Var	11	52,4	32	65,3
	Yok	10	47,6	17	34,7
P=0,309					
Bitkinlik/Yorgunluk	Var	15	71,4	44	89,8
	Yok	6	28,6	5	10,2
P=0,053*					
Gece Terlemesi	Var	6	28,6	39	79,6
	Yok	15	71,4	10	20,4
P=0,001*					
Ki-Kare Testi					

Çalışma kapsamında Fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin çarpıntı, bitkinlik-yorgunluk, gece terlemesi azalması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.($p<0,05$)(Tablo 6.17).

Tablo 6.18 Bireylerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumu ile Şimdiki Ağırlık İlişkisi

Egzersiz Yapma	Şimdiki Ağırlık (kg) (N:70)	
	X	SD
Evet	77,5	17,0
Hayır	77,4	14,6
p=0,989		

Student-T Testi

Bireylerin şimdiki ağırlıkları ile fiziksel aktivite yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) Egzersiz yapma durumunun BKİ üzerinde etki göstermemiştir. Egzersiz yapan bireylerin şimdiki ağırlığı $77,5\pm17,0$ iken egzersiz yapmayanların bireylerin $77,4\pm14,6$ bulunmuştur (Tablo 6.18).

Tablo 6.19 Bireylerin Mevcut Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

<u>Menopoza Girmiş Kadınlar</u>		
	n	%
Öğün atlama durumu		
Evet	61	87,1
Hayır	9	12,9
En sık atlanan öğün		
Sabah	8	13,1
Kuşluk	37	60,6
Öğle	4	6,6
İkinci	8	13,1
Gece	4	6,6
Ana öğün sayısı		
1 ana öğün	2	2,9
2 ana öğün	27	38,6
3 ana öğün	41	58,6
Ara öğün sayısı		
1 ara öğün	26	37,1
2 ara öğün	27	38,6
3 ara öğün	9	12,9

5 ara öğün	1	1,4
Hiç ara öğün yapmayan	7	10,0
Öğün atlama nedeni		
Zayıflamak için	2	2,9
Canım istemediği için	39	55,7
Unuttuğum için	2	2,9
Zaman yetersizliğinden	9	12,9
Üşendiğim için	1	1,4
Diğer	9	12,9
Yemeklerin tuz durumu		
Tuzsuz	12	17,1
Az tuzlu	14	20,0
Normal tuzlu	39	55,7
Çok tuzlu	5	7,1
İlave tuz		
Evet	9	12,9
Hayır	61	87,1
Yemek yeme hızı		
Yavaş	17	24,3
Orta	21	30,0
Hızlı	29	41,4
Çok hızlı	3	4,3

*Diğer: Aile bireyleriyle yemek istemek, geç uyanmak vb.

Çalışmamıza katılan bireylerin % 87,1'i öğün atladığını, en sık atlanan öğünün %60,6 ile kuşluk olduğu, %55,7 'sinin canı istemediği için öğününü atladığı bulunmuştur.(Tablo 6.19)

Tablo 6.20 Bireylerin Öğün Atlama Durumları ile Şimdiki Ağırlık İlişkisi

Öğün Atlama	Şimdiki Ağırlık (kg) (N:70)	
	X	SD
Evet	77,3	15,3
Hayır	78,3	15,4
P=0,86		

Student-T Testi

Bireylerin öğün atlama durumları ile şimdiki ağırlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Öğün atlama durumunun bireylerin kilosunu etkilemediği bulunmuştur. Öğün atlayanların şimdiki ağırlıkları $77,3\pm15,3$ iken, öğün atlamayan bireylerin $78,3\pm15,4$ bulunmuştur (Tablo 6.20).

Tablo 6.21 Bireylerin Menopoz Öncesi ve Sonrası Ağırlıklarının Karşılaştırılması

Ağırlık (kg)		
	X	SD
Menopoz Öncesi	68,3	14,7
Menopoz Sonrası	77,4	15,2
P=0,001*		

Bireylerin menopoz öncesi ve menopoz sonrası arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin menopoz öncesi ağırlıklarının daha az olduğu ($68,3\pm14,7$) görülmektedir (Tablo 6.21).

Tablo 6.22 Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Öğün Atlama Durumlarının Dağılımı

BKİ Sınıflaması	Öğün Atlama			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Normal Kilolu	5	8,2	1	11,1
Hafif Şişman	23	37,7	2	22,2
I.Der. Şişman	18	29,5	3	33,3
II.Der.Şişman	13	21,3	3	33,3
Aşırı Kilolu	2	3,3	0	0
p=0,781				

Ki-Kare Testi

Bireylerin BKİ sınıflaması ile öğün atlama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 6.22).

6.23 Bireylerin BKİ Sınıflamasına Göre Yemek Yeme Hızları Arasındaki İlişki

BKİ Sınıflaması	Yemek Yeme Hızı							
	Yavaş		Orta		Hızlı		Çok Hızlı	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Normal Kilolu	6	35,3	0	0	0	0	0	0
Hafif Şişman	4	23,5	7	33,3	12	41,4	2	66,7
I.Derece Şişman	3	17,6	9	42,9	8	27,6	1	33,3
II.Derece Şişman	4	23,5	5	23,8	7	24,1	0	0
Aşırı Şişman	0	0	0	0	2	6,9	0	0
p=0,025*								

Ki-Kare Testi

BKİ sınıflaması ile yemek yeme hızı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$)(Tablo 6.23).

Tablo 6.24 Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Günlük Enerji, Makro Besin Öğeleri ve Kolesterol Tüketimi Ortalamaları ve Yaş Grupları Arasındaki İlişki

Enerji –Makro Besin Öğeleri ve Kolesterol Tüketimi	Menopoza Girmiş Kadınlar (N:70)							
	31-50 Yaş				51-65 Yaş			
	X	SD	Median	Min-Max	X	SD	Median	Min-Max
Enerji (kkal)	2090,2	836,7	1985,7	556,6-3536,2	2044,4	876,8	1822,5	740,5 - 4763,9
p=0,541								
CHO (gr)	232,9	117,1	229,4	42,0 – 461,1	204,7	88,3	196,1	69,9-480,2
p=0,277								
CHO (%)	44,4	10,9	43	25 - 64	41,8	10,0	40,5	22 - 63
p=0,349								
Protein (gr)	72,1	29,5	66,4	12,0 – 144,0	72,9	35,7	65,1	19,7 – 165,8
p=0,668								
Protein (%)	14,8	5,2	14	9-28	14,5	3,9	14	7-35
p=0,610								

Yağ (gr)	94,4	42,4	90,7	22,1 – 161,0	101,9	56,6	86,2	20,0 – 330,8
p=0,927								
Yağ (%)	40,7	10,2	42	21-60	43,7	9,5	43,5	25-64
p=0,244								
TDYA	32,4	15,3	30,6	6,7 – 63,9	38,0	23,8	30,7	5,7-118,1
p=0,668								
CDYA	18,4	12,9	14,7	3,5 – 49,1	15,2	9,5	11,7	1,6 – 42,5
p=0,428								
Lif (gr)	24,1	12,3	24,9	4,6-46,4	23,9	12,2	22,4	3,5-61,9
p=0,692								
Kolesterol	292,9	117,4	263,6	77,6-510,8	353,3	306,9	323,9	54,6-2136,6
p=0,585								
Doymuş Yağ	36,3	17,5	36,9	5,7-65,6	41,5	26,0	35,3	11,2-174,7
p=0,621								
Suda Çözünen Lif (gr)	6,5	3,0	6,6	1,3-13,2	6,9	4,3	6,2	1,2-25,3
P=0,770								
Suda Çözünmeyen Lif (gr)	14,5	7,2	14,8	3,2-31,8	13,7	6,5	12,6	1,8-34,0
p=0,451								

Çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre günlük diyetle aldıkları enerji, makro besin öğeleri, kolesterol tüketim ortalamaları yukarıdaki tablo da incelenmiştir (Tablo 6.24).İki yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.25 Bireylerin Yaş gruplarına Göre Günlük Vitamin ve Mineral Tüketim Ortalamaları ve Yaş Grupları Arasındaki İlişki

Vitamin ve Mineral Tüketimi	Menopoza Girmiş Kadınlar (N:70)			
	31-50 Yaş		51-65 Yaş	
	X	SD	X	SD
Sodyum	4637,6	2185,7	4244,3	1823,4
p=0,524				

Potasyum	2315,1	999,8	2239,0	932,8
p=0,764				
Kalsiyum (mg)	787,3	385,7	815,7	313,9
p=0,750				
Magnezyum (mg)	261,3	147,9	252,0	132,8
p=0,990				
Fosfor (mg)	1137,5	528,5	1116,0	482,5
p=0,907				
Demir (mg)	11,2	5,9	11,4	5,5
p=0,938				
Çinko (mg)	156,1	162,2	122,8	99,4
p=0,927				
A Vitamini (mcg)	1801,7	1437,7	1907,6	1346,9
p=0,706				
D Vitamini (mcg)	1,7	2,4	4,3	13,5
p=0,770				
E Vitamini (mg)	17,1	12,6	16,7	10,9
p=0,938				
K Vitamini (mcg)	347,4	247,2	408,4	210,2
p=0,301				
C Vitamini (mg)	156,1	162,2	122,8	99,4
p=0,927				
Folik Asit	299,9	130,0	304,8	133,1
p=0,927				
B1 (Tiamin)(mg)	0,8	0,3	0,8	0,3
p=0,968				
B2 (Riboflavin) (mg)	1,4	0,5	1,4	0,5
p=0,943				
B3 (Niasin) (mg)	21,7	8,4	21,5	12,1
p=0,356				
B6 (mg)	1,3	0,6	1,1	0,5

p=0,315				
B12 (mg)	3,5	2,0	4,2	4,1
p=0,984				

Mann Whiyney U ve Student- T Test

Çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre günlük diyetle vitamin ve mineral tüketim ortalamaları yukarıdaki tablo da incelenmiştir (Tablo 6.25).İki yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

6.26 Bireylerin Günlük Enerji, Protein, Vitamin ve Mineral Tüketimlerinin Ortalamaları ve Referans Değerlerine Göre Dağılımı

Enerji ve Besin Öğeleri	Referans			
	Yetersiz		Yüksek	
	X	SD	X	SD
Enerji (kkal)	1434,2	350,7	2797,7	675,7
P=0,001*				
Lif (gr)	13,8	5,3	31,2	10,3
P=0,001*				
Kalsiyum (mg)	725,8	232,5	1441,2	325,9
P=0,001*				
Magnezyum (mg)	194,7	64,1	456,7	120,1
P=0,001*				
Fosfor (mg)	538,3	148,4	1242,9	450,0
P=0,001*				
Demir (mg)	6,8	2,2	15,2	4,6
P=0,001*				
Çinko (mg)	7,0	2,0	14,9	3,7
P=0,098				
A Vitamini (mcg)	570,1	136,6	2095,2	1354,3
P=0,001*				
D Vitamini (mcg)	1,2	1,0	29,0	31,2
P=0,001*				

E Vitamini (mg)	9,4	3,2	26,7	10,8
P=0,001*				
K Vitamini (mcg)	64,0	18,9	416,1	209,3
P=0,846				
C Vitamini (mg)	48,5	21,6	199,0	125,2
P=0,001*				
B1 Vitamini (mg)	0,6	0,2	1,4	0,1
P=0,117				
B2 Vitamini (mg)	0,8	0,1	1,6	0,4
P=0,346				
B3 Vitamini (mg)	10,5	2,7	25,4	10,3
P=0,648				
B6 Vitamini (mg)	0,9	0,2	1,7	0,4
P=0,159				
B12 Vitamini (mcg)	1,5	0,5	5,0	3,9
P=0,238				

	Yetersiz		Yeterli		Yüksek	
	X	SD	X	SD	X	SD
Protein (gr/gün)	38,0	10,6	58,6	4,1	97,4	33,8

P=0,001*

Mann Whitney U Testi-Kruskall Wallis Testi

Çalışmaya katılan bireylerin enerji, protein, vitamin ve mineral tüketim ortalamaları referans değer aralıklarına göre kıyaslanmıştır (Tablo 6.26). Bireylerde enerji, protein, lif, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir ve A-D-E-C vitaminleri tüketimlerinin referans değerlerinden anlamlı derece de yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

7. TARTIŞMA

Menopoz bireylerin yaşamındaki önemli dönemlerden biridir. Bu dönemde ortaya çıkan biyolojik değişiklikler sonucunda doğurganlık ve bir anlamda gençlik sona erer. Kadında seks hormonlarının üretiminin gerilemesi ve buna bağlı olarak üreme fonksiyonlarının sona ermesi ile karakterize olan bu dönem, kendine has bir dizi şikayetlerin yanı sıra, uzun dönemde ciddi hastalıklara neden olabilecek patolojik değişiklikleri de beraberinde getirmektedir(63). Buna bağlı olarak da bireylerin %50'sinde psikolojik, fizyolojik ve davranışsal değişiklikler görülmektedir. Bunlarla birlikte, beslenme alışkanlıklarındaki değişimler beden ve ruh sağlığını etkileyebilmektedir(31).

Son yüzyılda, özellikle gelişmiş ülkelerde, bireylerin yaşam süresinin belirgin bir şekilde uzaması, postmenopozal kadın sayısının artışı ile sonuçlanmıştır. Günümüzde kadınlar yaşamlarının en az üçte birini menopozal dönemde geçirmektedirler. Menopozal bireylerin oranı toplam popülasyonun beşte birine ulaşmaktadır(63). Menopozal kadın popülasyonunun büyüklüğü ve bu dönemde bireylerin yaşadıkları sıkıntılar göz önüne alınacak olursa menopoz önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır(31).

Bu çalışmada menopoza girmiş menopozlu bireylerin menopozal semptomları, besin tüketimleri, genel beslenme durumları, diyet bileşenleri, fiziksel aktivite, antropometrik ölçümleri ve bu parametreler arasındaki olası etkileşimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin 40-65 yaş arasında dağılım gösterdiği ve yaş ortalamasının $54,0 \pm 5,8$ yıl olduğu belirlenmiştir(Tablo 6.4). Dr. Zekai Tahir Burak Menopoz polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada, bireylerin yaş ortalamaları $45,61 \pm 5,6$ olarak belirlenmiştir (64). 2011 yılında yapılan çalışmada bireylerin yaş ortalamasının $51,98 \pm 3,96$ yıl (65), 2013 yılında yapılan bir araştırmada $51,81 \pm 7,496$ yıl (31) bulunmuştur. Paknahad 'ın ve arkadaşlarının ise 2015 yılında yaptığı çalışmanın sonucunda yaş ortalamaları ve menopoz süresi sırası ile 57.5 ± 7.2 ve 10.6 ± 7.1 yıl olduğu bulunmuştur (25).Çalışmamız 2011, 2013 yıllarında ve Paknahad ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzer sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin medeni durumunu incelediğimizde katılımcıların büyük çoğunluğunun (%85,7) evli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır(Tablo 6.1).Şahingöz'ün 2008 yılı çalışmasında %90'ının evli, %10'unun bekar (66), Koçak'ın

2010 yılında yaptığı araştırmada %87,5'i evli olup %12,5'i ise bekar ve dul olarak saptanmıştır (67). Çalışmamız ile diğer çalışmalar arasında benzerlik saptanmıştır. Bu yaş grubunda bireylerin doğal olarak evli olması beklenmektedir ve yaşamsal özelliklere uygundur.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin büyük çoğunluğu ilkokul mezunu (%31,4), %8,6'sı okur-yazar değil, %20'si ise üniversite mezunudur (Tablo 6.1).Yapılan bir çalışma da bireylerin %39,7'sinin ilkokul mezunu ve %15,7'sininde yüksekokul mezunu olduğu (68), Tunç'un 2014 yılı çalışmasında bireylerin öğrenim durumları içerisinde en fazla %48 ile ilkokul mezunu kadınlar yer almaktadır (18). Çalışmamızda yer alan bireylerin eğitim seviyesi düşük bulunmuştur ve diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin menopoza yaşı $46,3 \pm 5,6$ yıl, menopoz süresi ve menarş yaşı sırasıyla $7,7 \pm 6,6$ yıl, $13,7 \pm 1,7$ yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 6.4). Bir başka çalışmada menopoz yaşı $48,3 \pm 4,12$ yıl, menopoz süresi ve menarş yaşı sırasıyla, 10 ve 13 yıl bulunmuştur (10). Menopoz yaşı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Endüstrileşmiş ülkelerde ortalama menopoz yaşı 51 dir. Hint menopoz derneği tarafından 2008 yılında yapılan açıklamada kadınlarda menopoz yaş ortalamasının Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerin de 51 yaş, Hindistan da ise 47,5 yaş olduğu bildirilmiştir (67). Hindistan da erken menopozun artışında çevresel ve genetik faktör önemli iki etkindir. Yapılan kesitsel çalışmalarda ise Türk kadınının menopoza girme yaşının 41-51,2 yaş arasında olduğu belirtilmektedir (69).

Çalışmaya katılan bireylerin menopoza girme nedenlerine göre dağılımına bakıldığında çoğunluğunun (%77,1) doğal yolla menopoza girdiği belirlenmiştir (Tablo 6.4). Bir başka çalışmaya katılanların bireylerin %77'sinin doğal, %11'inin ilaçlarla, %12'sinin cerrahi olarak menopoza girdiği belirlenmiştir (10). 2012 yılında yapılan araştırma da %67,3'ünün doğal yolla, %2,3'ünün cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir (41).Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Dünyada ve ülkemizde prospektif (cohort) takiplere bağlı analiz sonuçları ile elde edilmiş cerrahi menopoz yaş ortalaması yoktur (13). Literatüre göre cerrahi menopozda; menopoz semptomları normal menopoza göre daha şiddetli olmaktadır. Çünkü normal menopozda foliküllerin tükenmesi yavaş yavaş olup vücut da bu duruma yavaş yavaş adapte olurken, cerrahi menopozda bu süreç ani olarak gerçekleşmektedir (10).

Menopozal dönemde kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen pek çok yakınma ortaya çıkmaktadır. Menopoza geçiş sırasında ve geçiş sonrası bireylerin %55-79 'u bir dereceye kadar vazomotor semptomlarıyla veya sıcak basması sorunuyla karşılaşmışlardır. Oranların değişken olmasında iklim, beslenme alışkanlıkları, kadının rolü ve tutumu gibi faktörlerin etkili olması muhtemel görülmektedir (30). Çalışmamızda menopoz dönemi yakınmalarında bitkinlik-yorgunluktan şikayetçi olanların oranı %84,3 ile en yüksek iken sırası ile % 80,0 sıcak basması, %75,7 ile sinirlilik, % 71,4 ile çarpıntı, % 64,3 ile gece terlemesi ve % 61,4 ile uykusuzluk problemi izler (Tablo 6.5). Kırıkkale il merkezinde yaşayan bireylerin menopoz konusundaki bilgi ve yaklaşımlarını saptamak amacıyla 120 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, bireylerin %81,9'unun sıcak basması, %64,9'unun sinirlilik yakınmalarının olduğu saptanmıştır (70). Kalilani ve ark. 'nın çalışmalarında, en dikkati çeken postmenopozal şikayetin sıcak basmaları olduğu belirlenmiştir (71). Conde ve ark. sinirlilik (%67), sıcak basması ve terleme(%51) nin menopozun en yaygın semptomları arasında olduğunu tespit etti (72). Çalışmamız da sıcak basması en çok şikayet edilen semptomlardan ikincisidir. Bu anlamda diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Gözlemsel çalışmalar bireylerin % 75 kadarının menopozdan sonra sıcak basması yaşadıkları sonucunu ortaya koymaktadır. Bazı kadınlarda sıcak basması tedavi edilmediğinde bu sorunla 30 yıl ve daha fazla süre karşılaşılabilecekleri ama çoğu kadında 5 yıl içerisinde sıcak basması sorununun kendiliğinden geçeceği belirtilmektedir (67).

Menopoz dönemindeki bireylerin vücut ağırlığı konusunda yapılan bir çalışmada BKİ, menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda, menopoz dönemindeki kadınlara göre, menopoz sonrası kadınlarda ise diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (37).Çalışmamıza katılan bireylerin menopoz öncesi ağırlık ortalaması $68,3 \pm 14,7$ kg, şu anki ağırlık ortalaması $77,4 \pm 15,2$ kg olarak bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(Tablo 6.6-Tablo 6.21). Bir başka çalışmada bireylerin menopoz öncesi ağırlık ortalamaları $62,5 \pm 9,00$ kg, şu anki ağırlık ortalamaları $71,9 \pm 11,02$ kg olarak belirlenmiş ve aradaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur(10). Menopozla birlikte vücut ağırlığında artış olmakta bu bakımdan çalışmamız ile diğer çalışma arasında benzerlik bulunmaktadır.

Kadınlarda subkutan ve intraabdominal adipoz doku dağılımını belirleyen bel/kalça oranı android ve jinoid şişmanlığı tanımlayarak, şişmanlık, diyabet ve kalp

hastalıkları gibi kronik hastalık risklerinin belirlenmesinde gösterge olarak kullanılmaktadır. Erkeklerde 1,0, kadınlarda ise 0.8'i geçmemesi gerektiği bildirilmektedir(10). Bireylerin bel çevresi ölçümleri ortalaması $105,7 \pm 11,4$ cm, kalça çevresi ölçümleri ortalamaları $118,9 \pm 12,0$ cm ve bel-kalça oranları ortalaması $0,88 \pm 0,06$ cm olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin hem bel çevreleri gruplara ayrılarak hem de bel-kalça oranları gruplandırılarak referans aralıkla kıyaslanmış aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6.6-Tablo 6.7-Tablo 6.8).

Beden kütle indeksi, vücut ağırlığının yüksek olabileceğinin bir göstergesidir. Vücut ağırlığı yüksek kişilerde ise yağ oranının da yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızdaki bireylerin BKİ sınıflaması, WHO'nun BKİ sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, zayıf ($BKİ \leq 18,5$ kg/m²) bireylerin bulunmadığı, çoğunluğunun şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 6.9). Yapılan bir çalışmada bireylerden zayıf ve aşırı şişman hiç birey bulunmadığına %18'inin normal, %47'sinin hafif şişman, %27'sinin 1.derece şişman ve %8'inin 2.derece şişman olduğu (10), diğer bir çalışmada ise 40 yaşın üzerindeki Türk kadınlarının %45'inde BKİ 30kg/m² 'nin üzerinde olduğu bulunmuştur(72). Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte ve bireylerin çoğunluğunun obez olduğu sonucuna varılmaktadır.

Menopoz sonrasında kadınlarda android tip şişmanlık çok görülmektedir ve menopoz toplam yağ birikimini arttırmaktadır. Şişmanlarda yağ dokusunda androjenlerin östrojenlere dönüşümünün artmasına bağlı olarak östrojen düzeyleri yükselmektedir. Düşük ağırlıklı kimselerde ise bu durumun tam tersi olmaktadır. Böylece şişmanlığın derecesi ile östrojen düzeyleri arasında kuvvetli bir ilişki kurulmaktadır. Beden kütle indeksinin 20-25 arasında olmasının yaş ilerledikçe özellikle kadınlarda üst sınıra doğru kaymasının yarar sağladığı bilinmektedir(47).

Çalışmamızda bireylerin %30'unun düzenli fiziksel aktivite yaptığı, % 92,9 'u da hafif aktiviteli olduğu bulunmuştur. Fiziksel aktivite yapan bireyler yapmayan bireylere göre menopoz döneminde çarpıntı, bitkinlik-yorgunluk ve gece terlemesi semptomlarını daha az yaşamaktadırlar. Bu veriler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 6.14-Tablo 6.17). Fakılı'nın çalışmasında fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin menopoz döneminde yaşadığı semptomlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (10). Çalışmamız bu çalışmayla paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda fiziksel aktivite yapmanın bazı menopozal semptomlar

üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Menopoz bazı kadınlar için stresli bir süreç olup bu stresi yönetmek stratejiler geliştirmek bireylerin menopozla, yaşlanmayla ve genel olarak hayatla mücadelesinde yardımcı olabilmektedir. Gevşeme egzersizleri, biofeedback, aerobik egzersiz, yoga, meditasyon ve nefes teknikleri gibi uygulamalar bireylerin yaşamakta olduğu bu stresle başa çıkmalarını sağlamaktadır(67). Jayabharathi ve arkadaşının 2014 yılında yapmış olduğu çalışma sonucunda 18 haftalık yoga programının menopozal kadınlarda yaşam kalitesini önemli ölçüde düzenlediği, yoganın menopoz döneminde ki kadınlarda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için etkili ve tamamlayıcı bir sağlık yaklaşımı olduğuna karar verilmiştir(67).

Çalışmaya katılan bireylerin % 70'inin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı ve % 92,9'unun çok hafif aktivitede olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.14). Fiziksel yönden aktif yaşam stili menopozal semptomların algılanan ciddiyetini azaltabilmekte ve psikolojik iyilik halini arttırabilmektedir. Fiziksel uygunluk gibi fiziksel parametrelerdeki gelişmelerin menopozal kadınlardaki semptomları azaltabildiği rapor edilmiştir. Ayrıca kadınlarda yaş ile birlikte fiziksel aktivite düzeyinin azalması da, vücut kompozisyonunda olumsuz değişikliklere sebep olmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, hastalıklı ya da sağlıklı tüm bireylere yaşam kalitelerini iyileştirmek için giderek daha çok önerilmektedir Egzersizin menopozal kadınlarda KVVH gelişim riskini azalttığı ve aynı zamanda menopozal dönemde sık rastlanan diğer sağlık problemleri üzerinde yararlı etkileri olduğu iyi bilinmektedir(19).

Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite durumuna göre dağılımı incelendiğinde fiziksel aktivite yapan bireylerin çoğunluğu hafif şişman(%33,3) ve şişman(%33,3) ; fiziksel aktivite yapmayan bireylerin de çoğunluğu hafif şişman (%36,7) ve şişman (%28,6) olarak belirlenmiştir (Tablo 6.16). Fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada fiziksel aktivite yapan bireylerin %27,5'i normal, %52,5'i hafif şişman, %10'u şişman ve %10'u obez iken, fiziksel aktivite yapmayan bireylerin %11,7'si normal, %43,3'ü hafif şişman, %38,3'ü şişman ve %6,7'si obez olarak belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$)(10). Çalışmamızla diğer yapılan çalışma paralellik göstermemektedir. Postmenapozal dönemdeki kadınların %50'si kilo alma eğilimindedirler. Bunun en önemli nedeni, alınan

fazla enerjiye karşı, fiziksel aktivitedeki azalma olarak görülmektedir. Şişmanlığın birçok hastalığın etiolojisinde rol oynadığı belirtilerek ve menopoza dönemindeki kadınlara uygun aktivite ile birlikte ideal vücut ağırlığına uygun beslenme planı yapılması gerekmektedir. Beden kütle indeksinin menopoza öncesi 20- 24, menopoza sonrası 27-28 arasında tutulması kemik sağlığı açısından önemli görülmektedir (10).

Egzersiz ve fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam için bilinen köklü faydaları olmakla birlikte menopoza semptomlarında ki rolleri için çelişkili kanıtlar sunulmaktadır. Fiziksel olarak aktif kadınlarda inaktif kadınlara oranla daha az menopozal şikayet olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi; karşıt sonuçlar bildiren veya egzersiz ve menopozal şikayetler arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (10). Çalışmamızda fiziksel aktivite yapan bireylerin (21 kişi) %76,2'sinde menopoza döneminde sıcak basma, %71,4'ünde sinirlilik, %52,4'ünde çarpıntı, %52,4'ünde uykusuzluk, %71,4'ünde bitkinlik yorgunluk ve %28,6'sında gece terlemesi, saptanmıştır. Fiziksel aktivite yapmayan bireylerin (49 kişi) %81,6'sında menopoza döneminde sıcak basma, %77,6'sında sinirlilik, %79,6'sında çarpıntı, %65,3'ünde uykusuzluk, %89,82'inde bitkinlik-yorgunluk, %79,6'sında gece terlemesi saptanmıştır. Çalışmamızda fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin çarpıntı, bitkinlik ve gece terlemesi semptomları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 6.17). Menopozlu bireyler üzerine yapılan bir başka çalışmada fiziksel aktivite yapan bireylerin (40 kişi) %60'ında menopoza döneminde sıcak basma, %55'inde sinirlilik ve gece terlemesi, %45'inde çarpıntı, %40'ında uykusuzluk ve bitkinlik saptanmıştır. Fiziksel aktivite yapmayan bireylerin (60 kişi) %65'inde menopoza döneminde sıcak basma, %45'inde sinirlilik, %40'ında çarpıntı, % 46.7'sinde uykusuzluk, %56.7'sinde bitkinlik, 58.3'ünde gece terlemesi saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin menopoza döneminde yaşadığı semptomlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır(10). Çalışmamız bu çalışmayla paralellik göstermemektedir. Cochrane veri tabanında, çeşitli çalışmalar ve derlemelerde, fiziksel aktivite ve egzersize katılımın menopoza ile ilişkili semptomlar üzerinde belirgin pozitif etkileri olduğu bildirilmektedir. Düzenli olarak egzersiz yapan postmenopozal kadınlarda, vazomotor semptom düzeylerinin düştüğü belirtilmektedir. Ancak randomize kontrollü çalışmalara dayanarak, diğer müdahalelere göre egzersizin sıcak basmaları ve gece

terlemelerini azaltmada etkili bir tedavi olduğu konusunda yeterli kanıtların bulunmadığı bu konu ile ilgili daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğuna dikkat çekilmektedir (73).

Çalışmaya katılan bireylerin %87,1'i düzenli öğün tüketmediği, %52,9'u ise en sık kuşluk öğününü atladığı, %60,7'si öğün atlama nedeninin isteksizlik olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 6.19). Menopozlu bireyler üzerinde yapılan bir başka çalışma da bireylerin %44' ü düzenli öğün tüketmediklerini ve en sıklıkla öğle öğününü (%37) atladıklarını belirtmişlerdir(10). Çalışmamız bu çalışmayla paralellik göstermemektedir. Besinlerin karışımı, miktarı ve veriliş aralıklarına göre, vücutta hormonal ve enzimatik birtakım değişimler olmakta ve vücut yaşamını bu koşullara uydurarak sürdürmeye çalışmaktadır. Ancak tek yönlü beslenme, aç kalma veya aşırı beslenme gibi durumlarda organizmanın bu sistemlerde oluşturduğu değişimler sonuçta sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır(44). Metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak yemeklerin günde 3-6 öğün şeklinde düzenlenmesi ve öğünler arası uzaklığın 3-4 saat olması gerekmektedir. Sık aralıklarla beslenme, gerektiğinden fazla yemeği önler, acıkmayı geciktirir ve bir sonraki öğünde besin alımını azaltmaktadır (74).

Çalışmaya katılan bireylerin % 17,1'i yemeklerini tuzsuz, %55,7'si normal tuzlu, % 7,1'i çok tuzlu tükettiği ve %'12,9'u yemeklerine ekstra tuz ilave ettikleri belirlenmiştir. Bireylerin büyük çoğunluğu yemeklerini normal tuzlu olarak tüketmektedir (Tablo 6.19). Yapılan bir çalışma da bireylerin % 13'ünün yemeklerini tuzsuz, %40'ının normal tuzlu, %4'ünün çok tuzlu tükettiği ve %21'inin yemeklerine ekstra tuz ilave ettikleri belirlenmiştir. .Aşırı tuz tüketimi kemiklerden kana geçen kalsiyum miktarını ve üriner kalsiyum atımını arttırdığı için osteoporozis açısından risk faktörüdür. Çünkü yemeklere fazla tuz eklenmesi ve tuzlu besinlerin tüketilmesi kemik mineral yoğunluğunu olumsuz etkilemektedir Bu nedenle postmenopozal dönemde yüksek sodyum alımının kemik kaybının artmasına neden olabileceği bildirilmektedir. Yemeklere aşırı tuz eklemekten ve tuzlanmış besinleri aşırı tüketmekten sakınılmalıdır (10). Fazla tuz tüketiminin yüksek kan basıncıyla (yüksek tansiyon) ile ilişkili olduğu daima dikkate alınmalıdır (74). Çalışmamızda bireylerin hastalık durumuna göre dağılımı incelendiğinde de en çok hipertansiyon (%43,5) hastasına rastlanmıştır (Tablo 6.39).

Yemek yeme hızı çocukluk döneminde yerleşen ve yetişkinlik döneminde devam eden bir alışkanlıktır. Yapılan çalışmalarda hızlı yemek yiyen bireylerin kilolu olduğunu

göstermektedir. Çalışmalarda bu durumun nedeni kısa sürede yenen fazla miktar yiyecek tüketmesine ve fazla miktarda enerji almasına bağlanmaktadır (75,76). Bu çalışmaya katılan bireylerin %41,4 hızlı yemek yediklerini belirtmişlerdir (Tablo 6.19). Çalışmamızda BKİ' ye göre yemek yeme hızları arasındaki ilişkiye bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6.23).

Çalışmamızdaki bireylerin günlük enerji tüketim ortalaması 31-50 yaş için $2090,2\pm836,7$ kkal, 51-65 yaş için $2044,4\pm876,8$ kkal olarak belirlenmiştir. Bireylerin yaş grupları sıralamasına göre diyetle günlük karbonhidrat tüketim ortalamaları sırası ile $232,9\pm117,1$ gr ve $204,7\pm88,3$ gr (toplam enerjinin %44,4 'ü - 41,8 'i), günlük protein tüketim ortalamaları, $72,1\pm29,5$ gr ve $72,9\pm 35,7$ (toplam enerjinin %14,8'i - 14,5'i) olarak belirlenmiştir. Bireylerin Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi değerlerine göre günlük besin tüketim durumu incelendiğinde karbonhidratın önerilen miktarlara göre yüzde olarak az; proteinin yüzde olarak önerilen miktarlarda, gram olarak fazla tüketildiği sonucuna varılmıştır (Tablo 6.24). Yapılan bir çalışmada bireylerin günlük enerji tüketim ortalaması 1935 ± 514.85 kkal olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyetle günlük karbonhidrat tüketim ortalamaları, 183.9 ± 64.86 g (toplam enerjinin %38'i), günlük protein tüketim ortalamaları, 76.4 ± 25.29 g (toplam enerjinin %15.9'u) olarak belirlenmiştir (10). Çalışmaya katılan bireylerin günlük diyetleri ile tükettikleri toplam yağ ortalama 100.7 ± 28.25 g olarak belirlenmiştir. Total enerjinin yağdan gelen oranı ortalama $\%46.0\pm6.89$, doymuş yağ (DYA), tekli doymamış yağ (TDYA) ve çoklu doymamış yağ (ÇDYA) oranı ortalaması sırasıyla $\%16.6, \%19.4, \%7.7$ olarak saptanmıştır (10). Çalışmamız da enerji ve protein tüketimi bu çalışmadaki oranlara benzer bulunurken karbonhidrat tüketimi fazla bulunmuştur. Aşırı protein tüketiminden kaçınılmalıdır. Hayvansal besinler vücutta asit oluşturmaktadır. Asit yükü ise, kemik mineral kaybını artırır. Yüksek proteinli diyet idrarla kalsiyum atımını arttırmakta olup osteoporoz için önemli bir risk faktörüdür. Aşırı fosfor tüketiminden kaçınılması gerekmektedir.. Proteinli besinler genelde fosfordan da zengindir. Protein yeterli düzeyde alınırsa aşırı fosfor alımı da önlenmiş olur (10).

Çalışmaya katılan bireylerin 31-50 ve 51-65 yaş grupları için sırasıyla günlük diyetleri ile tükettikleri toplam yağ ortalama $94,4\pm42,4$ gr ve $101,9\pm56,6$ gr (toplam enerjinin %40,7'si - 43,7'si), TDYA $32,4\pm15,3$ gr ve $38,0\pm23,8$ gr, ÇDYA $18,4\pm12,9$ gr $15,2\pm9,5$ gr, DYA tüketim ortalamaları $36,3\pm17,5$ gr ve $41,5\pm26,0$ gr ve kolesterol

292,9±117,4 gr ve 353,3±306,9 gr olarak belirlenmiştir. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nin önerilerine göre toplam enerjinin % 25-30'u yağdan gelmektedir. Bu oranın %8'inden daha azını DYA, %10 ve daha azını ÇDYA, %12-17'sini TDYA'i oluşturmaktadır. Diyetle alınması önerilen kolesterol miktarı 300 mg'dan daha az alınması şeklindedir(44).

Çalışmamızda bireylerin 31-50 ve 51-65 yaş gruplarına göre günlük diyetleri ile tükettikleri A vitamini, E vitamini, D vitamini ve C vitamini tüketim ortalamaları sırasıyla 1801,7 ±1437,7 mcg ve 1907,6±1346,9 mcg , 17,1±12,6 mg ve 16,7±10,9 mg, 1,7±2,4 mcg ve 4,3±13,5 mcg, 156,1±162,2 mg ve 122,8±99,4 mg olarak belirlenmiştir. Her iki yaş grubunda da A, C ve E vitaminlerinin tüketimi Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine göre önerilen düzeyden yüksek bulunurken D vitaminin tüketimi önerilen düzeyin altında bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada bireylerin günlük diyetleri ile A vitamini, E vitamini ve C vitamini tüketim ortalamaları sırasıyla 1327,8±1183,54 mcg RE, 15.4±14.15 mg ve 132.3±128.89 mg olarak belirlenmiştir (10).

Lif tüketimi 31-50 yaş için 24,1±12,3 gr; 51-65 yaş için 23,9±12,2 gr bulunmuştur. Suda çözünen lif 31-50 yaş ve 51-65 yaş için sırasıyla 6,5±3,0 gr ve 6,9±4,3 gr; suda çözünmeyen lif ise sırasıyla 14,5±7,2 gr ve 13,7±6,5 gr olarak belirlenmiştir. Bireylerin lif tüketiminin önerilen miktarlara yakın düzeyde olduğu görülmektedir. Aşırı lif tüketiminden sakınılmalıdır.

Bireylerin yaş gruplarına göre günlük diyetleri ile tükettikleri B1 vitamini 0,8±0,3 mg ve 0,8±0,3 mg, B2 vitamini 1,4±0,5 mg ve 1,4±0,5 mg, B3 vitamini 21,7±8,4 mg ve 21,5±12,1 mg, B6 vitamini 1,3±0,6 mg ve 1,1±0,5 mg, B12 vitamini 3,5±2,0 ve 4,2±4,1 mg, folik asit 299,9±130,0 mcg ve 304,8±133,1 mcg olarak belirlenmiştir. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine göre B1 vitaminini her iki grup önerilen düzeyden az, B2 vitaminini her iki grup yeterli düzeyde, B3 ve B12 vitaminini ise her iki grupta önerilen düzeyden yüksek miktarda ve B6 vitaminini 31-50 yaş grubunun yeterli düzeyde, 51-65 yaş grubunda ise önerilen düzeyin altında tüketildiği sonucuna varılmıştır. Yapılan başka bir çalışmada bireylerin günlük diyetleri ile tiamin, riboflavin, niasin, B6, B12 vitamini ve folik asit tüketim ortalamaları sırasıyla 1.1±1.02 mg, 1.6±1.55 mg, 14.2±13.44 mg, 1.2±1.17 mg, 4.0±3.27 mg ve 159.0±157.45 mcg olarak belirlenmiştir.

Bireylerin yaş gruplarına göre sırasıyla tükettikleri kalsiyum 787,3±385,7 mg ve 815,7±313,9 mg, magnezyum 261,3±147,9 mg ve 252,0±132,8 mg, fosfor 1137,5±528,5

mg ve $1116,0 \pm 482,5$ mg, demir $11,2 \pm 5,9$ mg ve $11,4 \pm 5,5$ mg, çinko $156,1 \pm 162,2$ mg ve $122,8 \pm 99,4$ mg olarak belirlenmiştir. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine göre her iki grubunda kalsiyum ve magnezyum' u önerilen düzeyin altında, fosfor ve çinko'yu önerilen düzeyden yüksek tükettikleri bulunmuştur. 31-50 yaş grubunun demir tüketimi yetersiz, 51-65 yaş grubunun ise yeterli düzeyde tükettikleri bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre günlük diyetle aldıkları enerji, makro besin öğeleri, kolesterol ve vitamin mineral tüketimleri istatistiksel olarak incelemiştir. İki yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Kalsiyum tüketimi, osteoporozun arttığı menopoz döneminde yeterli olmalıdır. Çalışmamızda diyetle yeterli kalsiyum tüketiminin olmadığı görülmektedir. Kalsiyum için en iyi kaynak süt ve süt ürünleridir. Sütün dışında özellikle yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagiller ve pekmez kalsiyumdan zengindir. Günlük kahve tüketimi minimumda tutulmalı ve 4 fincan/gün geçmemelidir. Çünkü kafeinin kalsiyum atımını artırarak kemik üzerine olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bu yaş grubundaki kadınlarda yeterli kalsiyum alımı osteoporoz riskinin azaltılmasında önemli bir yere sahiptir.

D vitamini tüketimi her iki yaş grubunda da önerilen miktarların altında bulunmuştur. Amerika'da, günlük 700 IU D vitamini ve 500 mg kalsiyum alımının, 65 yaş ve üstü yetişkinlerde, kemik kırıklarını azalttığı bildirilmektedir (18). Fosfordan zengin besinlerden kaçınılmalıdır. Çalışmamızda fosfor tüketiminin önerilen düzeyden fazla olduğu bulunmuştur. Düşük kalsiyum, yüksek fosfor alımı, kalsiyum atımını arttıracığı için osteoporoz riskini arttırabilmektedir (10).

İran'da yapılan bir çalışmada postmenopozal osteoporotik bireylerin çoğunda kalsiyum, D vitamini ve fosfor tüketimin yetersiz olduğu belirlenmiş ve mikro besin öğeleri yetersizliğinin kemik sağlığı için zararlı olduğu sonucuna varılmıştır. Protein alımının yetersiz olduğu İran ve diğer ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda kadın ve erkekler de protein alımının arttırılmasının kalça kemiği kırığı oluşma riski üzerinde olumlu etkisi olduğu ifade edilmiştir. Sonuç olarak yaşlı bireylere balık ile yumurta, süt ve süt ürünleri gibi hayvansal protein kaynaklarını tüketmeleri önerilmektedir (25).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada menopoza girmiş 40-65 yaş arası 70 bireyin menstrüal, gebelik, menopoza ilişkin özellikleri, fiziksel aktivite durumları, antropometrik ölçümleri ve besin tüketimleri değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $54,0 \pm 6,86$ yıl, menopoz yaş ortalaması $46,3 \pm 5,6$, menopozlu oldukları süre $7,7 \pm 6,6$ yıl olarak belirlenmiştir.
- Bireylerin %77,1'i doğal, %12,9'u ilaçlarla, %10' u cerrahi yolla menopoza girdiğini belirtmiştir.
- Menopoz dönemindeki yakınmalarda bitkinlik-yorgunluktan şikayetçi olanların oranı %84,3 ile en yüksek iken sırası ile % 80,0 sıcak basması, %75,7 ile sinirlilik, % 71,4 ile çarpıntı, % 64,3 ile gece terlemesi ve % 61,4 ile uykusuzluk problemi izler.
- Bireylerin menopoz öncesi ağırlık ortalaması $68,3 \pm 14,7$ kg, menopoz sonrası ağırlık ortalaması $77,4 \pm 15,2$ kg bulunmuştur. Menopoz öncesi ve sonrası ağırlıklar arasındaki ilişkiye bakıldığında da istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Bireylerin bel çevresi ve bel-kalça oranları referans aralıklarla kıyaslanmış aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Bireylerin günlük içtikleri su miktarı $1564 \pm 916,5$ ml olarak belirlenmiştir. Bireylerin tükettikleri su miktarı ile şimdiki ağırlıkları, BKİ değerleri, bel çevresi ile bel-kalça oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).
- BKİ sınıflamasına göre zayıf birey bulunmadığı ($BKİ \leq 18.5$ kg/m²), bireylerin büyük çoğunluğunun ise şişman ($BKİ > 25$) olduğu belirlenmiştir.
- Bireylerin menopoz döneminde yaşadıkları semptomlara göre BKİ sınıflaması incelenmiştir. Fakat istatistiki olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).
- Fiziksel aktivite yapan bireylerde, yapmayan bireylere göre menopoz döneminde çarpıntı, bitkinlik-yorgunluk ve gece terlemesi semptomları daha az yaşanmıştır.
- Bireylerin egzersiz yapma durumu ile şimdiki ağırlıkları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p < 0,05$). Egzersiz yapan bireylerin ağırlığı $77,5 \pm 17,0$ kg, yapmayan bireylerin ağırlığı $77,4 \pm 14,6$ kg bulunmuştur.

- Bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre BKİ dağılımları incelenmiştir. Fiziksel aktivite yapan bireylerin çoğunluğu hafif şişman(%33,3) ve şişman(%33,3), normal kilolu % 9,5; fiziksel aktivite yapmayan bireylerin de çoğunluğu hafif şişman (%36,7) ve şişman (%28,6), normal kilolu % 8,2 olarak belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireylerin BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızla paralellik göstermemektedir
- Bireylerin % 87,1'i öğün atladıklarını, %10' unun hiç ara öğün yapmadığını belirlenmiştir. Çalışmamızda menopozlu bireylerin düzensiz beslendikleri görülmektedir.
- Bireylerin öğün atlama durumları ile şimdiki ağırlıkları arasındaki ilişkiye bakılmış istatistiki bir anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Öğün atlayan bireylerde şimdiki ağırlık $77,3\pm15,3$ kg, öğün atlamayanlarda şimdiki ağırlık ise $78,3\pm15,4$ kg bulunmuştur. Öğün atlayan bireylerin çoğunluğu (%37,7) BKİ 25-29,9 arasında olan bireylerdir.
- Bireylerin % 41,4 'ü hızlı yemek yediklerini belirtmiştir. Çok hızlı yemek yiyenlerin büyük çoğunluğu (%66,7), BKİ 25-29.9 (hafif şişman) arasında olan bireylerdir. Yemek yeme hızı ile BKİ arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$).
- Bireylerin yaş gruplarına göre günlük tükettikleri ortalama enerji (kcal), protein (%), lif(gr) ve B2 vitamini her iki yaş grubunda referans değerlerine yakın düzeyde bulunmuştur. Bireylerin protein (gr), fosfor (mg), çinko (mg), A vitamini (mcg)(d), E vitamini (mg)(k), K vitamini (mcg), C vitamini (mg), B3 (mg) ve B12 (mg) vitamini tüketimi her iki grupta da yüksek bulunmuştur. Bireylerin karbonhidrat (%),kalsiyum (mg), magnezyum(mg), D vitamini (mcg)(e) ve B1 vitamini her iki grupta da önerilen düzeyden az bulunmuştur. Demir (mg) tüketimi 31-50 yaş için düşük, 51-65 yaş için yeterli; B6 (mg) vitamini ise 31-50 yaş için yeterli 51-65 yaş için yetersiz bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerde günlük enerji, makro besin ögesi, kolesterol ve vitamin-mineral tüketim ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

- Bireylerin günlük tükettikleri enerji (kkal),protein (gr), lif (gr), kalsiyum (mg), magnezyum (mg), fosfor (mg), demir (mg), A vitamini (mcg)(d), D vitamini (mcg)(e), E vitamini (mg)(k) ve C vitamini (mg) değerlerinin referans değerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Menopoza girmiş bireylerde beslenmeye bağlı risklerin azaltılabilmesi için, bireylerin beslenmeleri diyetisyenler tarafından, bireylerin içinde bulunduğu durumun tüm ayrıntıları göz önüne alınarak, optimal düzeyde planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bireylerin diyetleri planlanırken, yeterli enerji ve protein içeriği kadar diyetin toplam yağ, doymuş ve doymamış yağ asidi örüntülerinin de (doymuş yağ oranı %10'un altında, total yağ alımı ise %25-35 arasında) öneriler doğrultusunda olması sağlanmalıdır. Total yağ ve özellikle de doymuş yağ miktarı azaltılmalı ve doymuş yağ asitlerinin bir bölümünün yerine çoklu doymamış yağ asitleri alınmalıdır. Bunun yanı sıra enerjinin karbondihidratlardan gelen yüzdesi ve diyetle alınan şeker miktarı da önemlidir. Şeker alımı minimum düzeye indirilmelidir. Taze meyve ve sebzeler, vitamin ve mineral, lif ve biyoaktif bileşen kaynağıdır.

Vitamin ve mineral kaynağı olan taze sebze ve meyvelerin özellikleri konusunda bireylerin bilgi sahibi olmaları, tüketimde doğru karar vermelerini sağlamakla birlikte önerilen düzeylerde sebze ve meyve tüketimi sağlanabilmesi için bireyler teşvik edilmelidir. Mineral içeriği yüksek sert suların içilmesi tercih edilmelidir.

Özellikle günün en önemli öğünü olan kahvaltı yapılması ve ara öğünlerin atlanmaması konusun da, fast-food tarzı beslenme alışkanlıkları, rafine edilmiş un ve şekerden yapılan yiyecekler, gazlı içecekler ve hazır ürünleri fazla tüketmenin zararları konusunda ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik yaşam tarzı değişiklikleri yönünden bireylerin bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir. Fiziksel aktivite yapanlar tüm bireylerin yaklaşık olarak %30'unu oluşturmaktadır. Dünyada da fiziksel inaktivite prevalansının her geçen gün arttığını düşünecek olursak, düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması ile ilgili olarak gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Hareketsizlikten kaynaklanan sağlık risklerinin oluşumunun engellenmesi için fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik imkanlar oluşturulmalı ve geliştirilmelidir. Bireylerin, fiziksel aktivitenin önemi ve doğru aktivite türünün ve süresinin seçimi konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Düzenli fiziksel aktivitede bulunulmalıdır. Fiziksel aktivite

gençlikte kemik kütlesini arttırır, yaşlılıkta ise kemik kaybını önler. Her gün en az 30 dakika yürüyüş gereklidir.

Bu yaş grubundaki bireyler iyi protein kaynakları ile kalsiyumu yeterli düzeyde almalı ve meyve ve sebzede çeşitlilik sağlamalı aynı zamanda günlük, düzenli fiziksel aktivite yapmalı ve uygun saatlerde güneşlenmelidirler.

9. KAYNAKLAR

- 1.Yurdakul M.,Eker A., Kaya D (2007) Menopozal Dönemdeki Bireylerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağ Bil Derg. 21(5): 187-193.
2. Ersoy G. (1998). Menopoz ve Kültür, Araştırma ve İnceleme. Öteki yayınevi, Ankara.
- 3.Görsel E., Çakıroğlu F. (2007) Menopoz Döneminde Kadın. Ankara
- 4.Biri A., Bakar Ç., Maral I. (2004). 40 Yaş Üzeri Bireylerin Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgileri, Menopoz İle İlgili Yakınmaları ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanma Durumları, Jinekoloji-Obstetrik, 14(2), 68-72s.
- 5.Karakuş E. (2006) Menopoz Döneminde Bireylerin Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri, Ankara, ss.65.
6. Oğurlu N. (2008) Bireylerin Menopozal Yakınmaları ve Baş etme Yöntemlerinin İncelenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 121s.
- 7.Rakıcıoğlu N. (2008). Menopoz Döneminde Beslenme. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi
8. Şanlıer N.,Şeren S. (2004) Halk Eğitim Merkezlerine Devam Eden Kadınlara Verilen Beslenme Eğitiminin Bireylerin Beslenme Bilgi Düzeylerine Etkisi. Milli Eğitim Dergisi 4(162), 30-40
- 9.Özkan A., (2006) Cerrahi Yolla Menopoza Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına ve Yaşam Kalitesine Etkisi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.İstanbul.(Danışman: Prof.Dr.Nuran Kömürcü)
- 10.Fakılı FE.,(2013).,Menopoza Girmiş Bireylerin Beslenme Durumları ile Fiziksel Aktivite ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.Ankara(Tez Danışmanı :Doç.Dr.Mendane Saka)
- 11.Yıldırım A.,(1996) Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler. In: Hassa H, editor. Klinikte Menopoz Değerlendirme ve Yönetim. Gestet Basım Tanıtım Hiz. ve Tic. Ltd. Şti; 347-462.
- 12.Sis A.,(2010) Menopoz Dönemindeki Bireylerin Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Atatürk Üniv.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.,(Danışman: Prof.Dr.Türkan Pasinlioğlu).Erzurum.

13. Atasü T., Gezer A. (2001)(ed) Menopoz Tanım ve Terminotolojisi. Menopoz Tedavisi ve Kanseri. 1. Baskı, s: 13-27, Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul
14. Ceylan B., (2010). Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nebahat Özerdoğan)
15. www.tjod.org., (Erişim tarihi :05.09.2015)
16. Altınsoy N. (1999). Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkinliği. Yüksek Lisans Tezi. M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü
17. Hugo C.D. Souza., Geisa C.S.V. Tezini., (2013). Autonomic Cardiovascular Damageduring Postmenopause: the Role of Physical Training, Aging Dis. Dec ;4(6):320-328
18. Tunç N. (2014). Menopoz Dönemindeki Bireylerin Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi Yakınma ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas
19. Ağıl A., (2010). Postmenopozal Kadınlarda Kısa Dönem Farklı Egzersiz Yaklaşımlarının Menopozal Semptomlar , Psikolojik Sağlık ve Yaşam Üzerine Etkileri. Başkent Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara
20. Kır K.A., (2012). Menopozlu Kadınların Kemik Mineral Yoğunluğu Ölçümleriyle Beden Kütle İndekslerinin ve Beslenme Durumlarının İlişkilendirilmesi. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Filiz Açıktur)
21. Yılmaz İP., (2012). Alanya İlçesinde Yaşayan Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza ilişkin Görüşleri. Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Antalya (Danışman Hoca: Yrd. Doç. Dr. Hatice Balcı Yangın)
22. Tan M.N., (2012). Vücut Kitle İndeksi ve Fiziksel Aktivitenin, Menopozal Semptomlar Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. (Danışman: 1. Danışman: Prof. Dr. Dilek Güldal, 2. Danışman: Mehtap Kartal)

- 23.Carr B. R. (1992).(ed). Disorders of the ovary and the female tract. Ed: WILSON, J. D., FOSTER, D. W. Williams Textbook of the endocrinology, 8th edn, Philadelphia: W.B. Saunders. p.: 733-798.
- 24.Ertüngealp E. .(2000)(ed) Menopoz ve Osteoporoz Tarihçesi. Menopoz ve Osteoporoz. İstanbul: Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayını
- 25.Paknahad Z., Mohammadifard N.,Bonakdar Z., Hasanzadeh A.(2015).Nutritional status and Its relationship whith bone mass density in postmenopausal womwn admitted in osteodensitometry center , School of Healty,Isfahan Universty of Medical Sciences.Isfahan-Iran
- 26.Taşkın L.,(2005) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Sistem Ofset Matbacılık,Ankara,7.Baskı
- 27.Ertem K.G.,(1998) Menopoz Kliniğine Başvuran Bireylerin Menopoza İlişkin Yakınmalarına Verilen Planlı Eğitimin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir
- 28.Tan M.N.,(2012).Vücut Kitle İndeksi ve Fiziksel Aktivitenin Menopozal Semptomlar Üzerine Etkisi.Dokuz Eylül Üniversitesi.Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.İzmir
- 29.Selam B., Topçuoğlu A., (2004) Menopozda Hormon Replasman Tedavisi Kullanımı ile İlgili Tartışmalar ve Güncel Yaklaşım, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3, 38-43.
- 30.Van Dijk G.M., Kavousi M., Troup J., Franco H.O. (2015). Health issues for menopausal women: The top 11 conditions have common solutions, Maturitas 80 (2015) 24–30.
31. Avcı S.,(2013).Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.Haliç Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.İstanbul.
- 32.Boucetta KQ., Charrouf Z., Aquenaou IH., Derouiche BİR., Bensouda Y.(2015). The effect of dietary and/or cosmetic argan oil on postmenopausal skin elasticity. Clinical Interventions in Aging Pages 339—349 Pages 339—349
- 33.Toptaner E.N.,(2013).Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Koroner Kalp Hastalıklarından Korunmaya Yönelik Programın Kalp Sağlığı Üzerine Etkileri.Marmara Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Doktora Tezi.İstanbul.

- 34.Nasser M Al-Daghri, Sobhy Yakout, Eman Al-Shehri, Hanan A Al-Fawaz, Naji Aljohani, Yousef Al-Saleh.(2014).Inflammatory and bone turnover markers in relation to PTH and vitamin D status among saudi postmenopausal women with and without osteoporosis
- 35.Jayabaharathi B., Judie A. (2014). Complementary health approach to quality of life in menopausal women: a community-based interventional study.Clin Interv Aging.2014;9:1913-1921
- 36.Emiov E.,(2014).Ratlarda Oluřturulan Cerrahi Menopoza Bağlı Osteoporoz Modelinde Exenatide (Glukagon Like Peptid-1 Reseptör Agonisti) Replasmanının Etkinlięinin Araştırılması.Ege Üniversitesi.Tıp fakóltesi Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi.İzmir.
- 37.Acar D.,(2014).Fiziksel Aktivite ve Fiziksel Uygunluk Düzeyleriyle Menopoz Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.Dokuz Eylöl Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.İzmir.
- 38.Kemmler W.,Lauber D., Weineck J., Hensen J., Kalender W., Engelke K.,ArchIntern Med. (2004);164(10):1084-1091. doi:10.1001/archinte.164.10.1084.
- 39.Javadivala Z.,Kousha A., Allahverdipour H.,AsghariJafarabadi M.,Tallebian H.,(2013) ModelingtheRelationshipbetweenPhysical Activity andQuality of Life in Menopausal-agedWomen: A Cross-SectionalStudy, Copyright © Journal of Research in HealthSciences JRHS 2013; 13(2): 168-175
- 40.Botth, S.L., Nelson, M.E., Mason, J.B., Angelo, G., Meydani, S.N. (2000). Dietary Supplements For Peri-and Early Postmenopausal Women: A Quantitative Proposal Based on Disparities Between Recommendation and Dietary Intakes, Nutr Clin Care, 2, 361-371.
- 41.Çelikkanat ř. (2012). 40 Yaş Üstü Bireylerin Menopoz Ve Osteoporoza İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep
- 42.Bilgel N. (2006) Aile Hekimliği. Bursa: Medikal tıp kitapevi,:319-344.
- 43.Simrazi K.(2009) 18-30 Yaş Arası İran Bireylerinde Beslenme Durumu,Kalsiyum ve Kalsiyum Emilimine Yardımcı Olan Diğer Besin Öğeleri Tüketiminin Değerlendirilmesi Yönelik Bir Araştırma.Hacettepe Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.Ankara

44. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.,(2004).Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi.Ankara
- 45.Anderson JJB., Rondano P., Holmes A. (1996). Nutrition, Lifestyle and Quality of Life . Roles of Diet and Physical Activity in the Prevention of Osteoporosis. Scand J Rheumatol 25 : Suppl 103
- 46.Holick MF. (2007). Vitamin D deficiency. N Engl J Med, 357, 266–281.
- 47.Şanlıer N. (1995). Menopoz Öncesi ve Sonrası Bireylerin Beslenme Durumları, Kemik Mineral Dansiteleri, Antropometrik Hormonal ve Biyokimyasal Parametreleri Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı. Doktora Tezi. Ankara
- 48.Krall EA., Dawson-Hughes B. (1991). Relation of Fractional Ca Retention to Season and Rates of Bone Loss in Healthy Postmenopausal Women. Journal of Bone and Mineral Research 6:12
- 49.Ravnikon AV. (1993). Diet, Exercise, and Lifestyle in Preparation for Menopause. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 20 :2
- 50.Friel, K. (2004). Effects and interaction of vitamin D deficiency, calcium and parathyroid hormone on physical concerns in the elderly. Journal of Geriatric Physical Therapy.
- 51.Hossain, N., Khanani, R., Hussain-Kanani, F., Shah, T., Arif, S., Pal, L. (2011). High prevalence of vitamin D deficiency in Pakistani mothers and their newborns. Int J Gynecol Obstet, 112, 229-233.
- 52.Shils, ME., Shike, M., Ross, AC., Caballero, B., Cousins, RJ. (2006). Modern Nutrition in Health and Disease. USA, Lippincott Williams &Wilkins. 10. bs.
53. Küçükardalı, Y., Solmazgül, E., Kaplan, M., Sahan, B., Salmanoglu, M. (2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Popülasyonunda Osteoporoz Taraması, Turkish Journal of Geriatrics, 9(1), 25-29.
54. Karadavut, K., Basaran, A., Çakıcı, A. (2002). D Vitaminin Yeri, Osteoporoz Dünyasından, Geriatri, 5(3), 115-122.
- 55.Baysal, A. (2006). D vitaminini ve sağlığımız. Beslenme ve Diyet Dergisi.34 (2): 17 157.
- 56.Aksoy, M. (2000). Beslenme Biyokimyası. Ankara: Hatipoglu Yayınevi . 156

- 57.Robinson, H., Mueller, H.ve Weigley, S. (2004). Basic Nutrition, (N. Kholdi, Çev.). Tahran: Salemi Yayınevi,
- 58.Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N., Merdol, K. T., Pekcan, G., Besler, T. ve ark (2007). Diyet El Kitabı. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
- 59.Martin, A. D., Carter, J. E. L. and Hendy, K. C.(1998). Segment Lengths, Anthropometric Standardization Reference Manual.
- 60.Pekcan, G. (2001). Obezite Tanısında Antropometrik Ölçümler ve Yorumu. I Ulusal Obezite Kongresi Diyetisyenler Sempozyumu Sunuları 13-33.
- 61.Pekcan, G. (1992). Şişmanlık ve Saptama Yöntemleri. Şişmanlık Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi ve Diyet Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar. Ankara.
- 62.WHO, Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report on a WHO Consultation. Technical Report Series No: 894. (2000). WHO, Geneva.
- 63.Demiral D., (2011). Doğal Menopoz ve Cerrahi Menopoza Girmiş 45-55 Yaş Arası Kadınlarda Odyolojik Bulguların Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr.Erol Belgin)
- 64.Kantar B., Sevil Ü.,(2000).Histerektomi Ameliyatı Olmuş Kadınlarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi.Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi.,18(1):17-24
- 65.Kal E.H.(2011).Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ile İlişkili Faktörler.Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.Konya
- 66.Şahingöz M. (2008). Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi. Konya
- 67.Jayabharathi B., Judie A. (2014). Complementary health approach to quality of life in menopausal women: a community-based interventional study.Clin Interv Aging.2014;9:1913-1921
- 68.Cho BJ., Heo JW., Shin JP., Ahn J., Kim TW., Chung H.(2014). Association between Reproductive Factors and Age- Related Macular Degeneration in Postmenopausal Women: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2012. Vavvas D, ed. *PLoS ONE*. 2014;9(7):e102816
- 69.Saka G., Ceylan A., Ertem M., Palancı Y., Toksöz P., (2005). Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Bireylerin Menopoz Dönemine

Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları. Dicle Tıp Dergisi. Cilt:32, Sayı:2, (77-83)

70.Bayram M., Saygun M., Çakmak A., Sevinç C. (2002). Kırıkkale İl Merkezinde Yaşayan Bireylerin Menopoz Konusundaki Bilgileri, Yaklaşımları Nedir? Bu Konuda Eğitimin Yararları Nasıldır?. Türk Fertilite Dergisi, 10(2):23-27

71.Williams R.E., Kalilani L., Benedetti D. B., Zhou X., Granger A. L., Fehnel S. E., Levine, K. B., Jordan, J., Clark R.V. (2008). Climacteric. 11: 32-43

72.Sezgin B. (2011). Menopozal Hastalarda Vücut Kompozisyon Karakteristiklerinin Biyoelektriksel İmpedans Yöntemi ile Araştırılması. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa

73.Daley,A.,Stokes-Lampard,H., Mutrie,N. Macarthur,C. (2007). Exercise for vasomotor menopausal symptoms. CochraneDatabase of Systematic Reviews. Issue 4. Art. No: CD006108. DOI:10.1002/14651858. CD006108. pub2

74.Bayrak, E.M, (2008). Şişmanlığın Klinik Yönetimi, Baysal, A., Baş, M.,(Editör)., Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi., Bölüm 4, 95 syf.

75. Hajian-Tilaki, K.O, Heidari, B. (2007). Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the north of Iran: a population-based study and regression approach.Obes Rev.;8(1):3-10.

76. Yurttagül, M. (1995). Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Zayıflamaya İlişkin Tutum ve Davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi. 24(1),59.

- American Journal of Clinical Nutrition .(2002). 75: 809-817.

10.EKLER

EK 1:

Sayın Katılımcı;

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde formu imzalayınız.

MALATYA'DA ÖZEL BİR KLİNİĞE BAŞVURAN MENOPOZA GİRMİŞ KADINALRIN GENEL BESLENME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

ANKET FORMU

Anket No:

I. TANIMLAYICI BİLGİLER

1)Yaş: (yıl)

2)Medeni durum: 1.Bekar 2. Evli 3. Dul/Boşanmış

3)Eğitim durumunuz:

- 1)Okur yazar değil
- 2)Okur yazar
- 3)ilkokul
- 4)Ortaokul
- 5)Lise
- 6)Üniversite ve üzeri

4)Çalışma durumunuz:

- 1) Ücretli-maaşlı-özelde
- 2)Ücretli-maaşlı-kamu
- 3)Emekli
- 4)Ev hanımı
- 5)Serbest meslek

5)Sosyal güvenceniz:

1) Sosyal güvence yok

2)Bağkur

3)Yeşil Kart

4)Özel sigorta

5)Emekli Sandığı

6)Kurum

7)Diğer.....

6)Aylık gelir düzeyiniz :

1. 500-999 TL

2. 1000-1999 TL

3.2000-2999 TL

4.3000 ve üzeri

7)Evinizde siz hariç kaç kişi yaşıyorsunuz ? Lütfen belirtiniz.....

8) Sizinle aynı evde yaşayan yakınlarınız/akrabalarınız var mı ?

1.Evet () 2.Hayır ()

9)Oturduğunuz ev

1.Kira ()

2. Mülk ()

Kaç odalı.....lütfen belirtiniz.

10)İkamet ettiğiniz yer

1. İl merkezi ()

2. İlçe merkezi ()

3. Köy ()

II.ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

11) Menapoz öncesi vücut ağırlığı (kg):

12) Şu anki vücut ağırlığı (kg):

13)Boy uzunluğu (m):

14) BKİ (kg/m²):

15) Bel çevresi (cm):

16) Kalça çevresi (cm):

17) Bel kalça oranı:

III.GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

18)Çocukluk döneminde kilolu muydunuz? 1.Evet

2.Hayır

19)Menarj yaşıınız:

20)Menstrual süreniz:

21)Menopoz yaşıınız:_____

22)Annenizin menopoz yaşı:_____

23)Menopoza girme nedeninizi belirtiniz.

1. Doğal
2. İlaçlar
3. Cerrahi
4. Diğer _____

24)Menopoz döneminde aşağıdaki yakınmalardan hangisini ya da hangilerini yaşıyorsunuz?

Semptomlar	Var	Yok
Sıcak basması		
Sinirlilik		
Çarpıntı		
Uykusuzluk		
Bitkinlik, yorgunluk		
Gece terlemesi		

25)Çocuğunuz var mı? Varsa sayısını belirtiniz. (cevabınız evet ise 13,14 ve15. soruyu cevaplayınız, cevabınız hayır ise 16. sorudan devam ediniz.)

1. Evet
2. Hayır

26)İlk gebelik yaşıınız:

27)Toplam gebelik sayınız:

28)Yaşayan çocuk sayısı:

29)Doğum kontrol yöntemi olarak aşağıdakilerden en sık hangisini kullandınız?

- 1.Doğum kontrol hapi
- 2.Kondom
- 3.Rahim içi araç
- 4.Tüp bağlama
- 5.Diğer _____

30)Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?

- 1.Evet
2. Hayır

31)Cevabınız evet ise, doktor tarafından tanısı konulmuş hastalıklarınız nelerdir?

.....
.....

32)Sürekli kullandığınız doktor tarafından reçetelendirilmiş ilaç var mı?

1. Evet

2. Hayır

33)Düzenli olarak vitamin mineral desteği kullanıyor musunuz?

1.Evet

2. Hayır

34)Sigara içiyor musunuz? 1. Evet 2.Hayır

35)Cevabınız evet ise, ne kadar süredir sigara içiyorsunuz? Yıl

36)Cevabınız evet ise günde kaç adet sigara içiyorsunuz?.....adet

37)Alkol tüketme alışkanlığınız var mı? 1.Evet 2. Hayır

38)Cevabınız evet ise, ne miktarda, ne sıklıkla ve hangi tür alkolü tüketiyorsunuz?

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

IV.TEMEL BESLENME ALIŞKANLIKLARI

39)Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Ana Öğün: Ara Öğün:

40)Öğün atlar mısınız? 1.Evet 2.Hayır

41)Cevabınız evet ise sıklıkla hangi öğünü daha çok atlıyorsunuz?

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

42)Eğer ana öğün atlıyorsanız nedeni nedir?

1. Zayıflamak için
2. Canım istemediği için
3. Unuttuğum için
4. Zaman yetersizliğinden
5. Üşendiğim için
6. Diğer (.....)

43)Yemeklerinizi nasıl tüketirsiniz?

1.Tuzsuz

2. Az tuzlu

3. Normal tuzlu

4.Çok Tuzlu

44)Yemeklerinize ekstra tuz ilave eder misiniz? 1. Evet

2. Hayır

45)Yemek yeme hızınız nasıldır?

1.Yavaş 2.Orta 3.Hızlı 4. Çok Hızlı

46)Günde ne kadar su tüketiyorsunuz?_____ bardak/litre

47)Çay içer misiniz? 1. Evet 2. Hayır

48)Cevabınız evet ise kaç bardak çay içersiniz?_____ bardak

49)Kahve içer misiniz? 1. Evet 2.Hayır

50)Cevabınız evet ise kaç fincan kahve içersiniz?_____ fincan

V-FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU

51)Yaşam biçiminizi (fiziksel aktivite düzeyi) nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok hafif aktivite (oturarak çalışma, boya, araba kullanma, dikiş, örgü, ütü yapma, yemek yapma, masa başı oyun, müzik aleti çalma)
2. Hafif aktivite (yavaş yürüme, marangoz işleri, lokanta işleri, ev temizliği, çocuk bakımı)
3. Orta aktivite (hızlı yürüme, tarla işleri, yük taşıma, bisiklete binme)
4. Ağır aktivite (yokuş yukarı yük taşıma, elle kazma işlemi, inşaat işçiliği)

52)Düzenli fiziksel aktivite yapar mısınız? 1. Evet 2. Hayır

53)Günlük ortalama uyku süreniz:.....saat

54)Ortalama tv izleme süresi:..... saat (hafta içi) ;saat (hafta sonu)

55)Tv izlerken yiyecek/içecek tüketir misiniz?

1. Evet (genelde ne tükettiğinizi belirtiniz):
2. Hayır

56)Ortalama bilgisayar kullanım süresi:..... saat (hafta içi)saat (hafta sonu)

57)Bilgisayar kullanırken yiyecek/içecek tüketir misiniz? (Cevabınız “hayır” ise bu soruyu geçiniz)

1. Evet (genelde ne tükettiğinizi belirtiniz):
2. Hayır

VI.BESİN TÜKETİM KAYIT FORMU

Bir gün boyunca tükettiğiniz besinleri ve miktarlarını yazınız.

Öğün	Besin	Ölçü	Miktar
Kahvaltı			
Kuşluk			
Öğle			
İkindi			
Akşam			
Gece			

EK-2 : İZİN BELGESİ

EK : İZİN BELGESİ

T.C HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE ;
İSTANBUL

Beslenme ve Diyetetik Uzmanı Büşra Sağnak' ın enstitünüz Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans programı kapsamında 'Malatya'da Özel Bir Kliniğe Başvuran Menopoza Girmiş Bireylerin Genel Beslenme Durumlarının Belirlenmesi' konulu ekte anket taslağı bulunan bitirme projesinin kurumumuzda yapılmasında hiçbir sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederiz.



11.ÖZGEÇMİŞ

Kisisel Bilgiler

Adı Soyadı : Büşra SAĞNAK
Doğum Yeri ve Tarihi : Malatya / 20.03.1988
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : dytbusrasagnak@gmail.com
Tel : 5424661888

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	20 Mayıs Vakfı Turgut Özal Lisesi	2005
Lisans	19 Mayıs Üniversitesi	2013

İş Tecrübesi

	Görev	Süre
Tuğrasan Gıda Firması	Diyetisyen	2015
Özel Melid Park Hastanesi	Diyetisyen	2014

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Kazanılan Ödüller, Tesvikler ve Burslar

Bildiriler / Yayınlar